



# LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG TAHUN 2022

RUMAH SAKIT UMUM PUSAT Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

KEMENTERIAN KESEHATAN RI



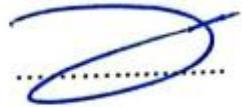
Jalan Pasteur No.38 Bandung

Telp. (022) 2034953-55 Fax. (022) 2032216 SMS Hotline. 08112335555

**LAPORAN AKUNTABILITAS  
RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG  
TAHUN 2022**

**DISIAPKAN/DIBUAT OLEH DIREKSI:**

1. dr. Yana Akhmad Supriatna, Sp.PD-KP., MMRS.  
Plt. Direktur Utama



2. Dr. dr. Zulvayanti, Sp.OG(K), M.Kes.  
Plt. Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang



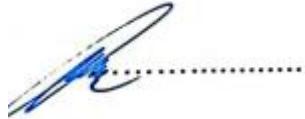
3. dr. I Gusti Lanang Suartana Putra, MM., MARS.  
Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian



4. drg. Muhammad Kamaruzzaman, M.Sc.  
Direktur Perencanaan, Organisasi dan Umum



5. Drs. Sudarto, MM.  
Direktur Keuangan dan Barang Milik Negara



**PERNYATAAN TELAH DIREVIU**  
**RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG**  
**TAHUN ANGGARAN 2022**

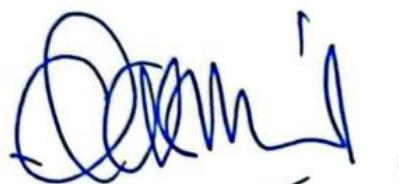
Kami telah mereviu Laporan Kinerja Instansi Pemerintah RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung untuk Tahun Anggaran 2022 sesuai Pedoman reviu atas Laporan Kinerja. Substansi informasi yang dimuat dalam Laporan Kinerja menjadi tanggungjawab manajemen RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.

Reviu bertujuan untuk memberikan keyakinan terbatas laporan kinerja telah disajikan secara akurat, andal dan valid.

Berdasarkan reviu kami, tidak terdapat kondisi atau hal-hal yang menimbulkan perbedaan dalam meyakini keandalan informasi yang disajikan di dalam laporan kinerja ini.

Bandung, Januari 2023

Ketua Satuan Pemeriksaan Intern



**Dr. Lina Lasminigrum, dr., Sp.THT.KL(K), M.Kes.**  
NIP 196610231991022001

## KATA PENGANTAR

RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung (RSHS) merupakan rumah sakit milik Kementerian Kesehatan. Sejak diresmikan pada tahun 1923, RSHS telah berkembang menjadi rumah sakit besar di Jawa Barat yang dicanangkan sebagai Rumah Sakit Rujukan Nasional dan sebagai Rumah Sakit Pendidikan bagi Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran dan institusi pendidikan tenaga kesehatan lainnya.

Sesuai dengan PP No. 23 Tahun 2005 dan berdasarkan SK Menkes RI No. 861/Menkes/VI/2005, RSHS telah berubah status dari Perusahaan Jawatan (Perjan) menjadi institusi yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU).

Tahun 2022, bagi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung (RSHS) merupakan tahun ketiga melaksanakan program dan kegiatannya mengacu pada Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSHS Tahun 2020-2024.

Laporan ini menggambarkan pencapaian kinerja RSHS mengacu pada Penetapan Kinerja RSHS Tahun 2022 sebagai penjabaran dari RSB tersebut, dan pelaporannya mengacu kepada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi RI No 53 tahun 2014.

Diharapkan laporan ini dapat menjadi bahan penilaian bagi Kementerian Kesehatan mengenai pencapaian kinerja RSHS dan umpan balik bagi unit-unit terkait di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.

Kami ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah menunjukkan komitmennya dalam rangka mewujudkan visi RSHS.

Bandung, Januari 2023  
Direktur Utama  
RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung,



dr. Yana Akhmad Supriatna, Sp.PD-KP., MMRS.  
NIP. 196310281989031003

## IKHTISAR EKSEKUTIF

Laporan Akuntabilitas Kinerja ini secara garis besar berisikan informasi rencana kinerja dan capaian kinerja yang telah dicapai selama Tahun 2022. Rencana kinerja Tahun 2022 dan penetapan kinerja 2022 merupakan kinerja yang ingin dicapai selama Tahun 2022 yang mengacu pada tugas pokok dan fungsi serta Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. Hasan Sadikin Tahun 2020–2024.

Laporan akuntabilitas kinerja memiliki dua fungsi utama, kesatu, merupakan sarana untuk menyampaikan pertanggungjawaban kinerja RSUP Dr. Hasan Sadikin kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dan seluruh pemangku kepentingan baik yang terkait langsung maupun tidak langsung. Kedua, merupakan sumber informasi untuk perbaikan dan peningkatan kinerja secara berkelanjutan.

Secara keseluruhan realisasi dari target Indikator Kinerja Utama (IKU) RSUP Dr. Hasan Sadikin Tahun 2022 sebesar 65% (13 dari 20 IKU) telah mencapai target, Sedangkan IKU yang belum mencapai target sebesar 35% (7 dari 20 IKU). Hal ini dapat diketahui dari:

Meningkatnya kepuasan pelanggan melalui pencapaian Pengukuran Survey Kepuasan Masyarakat, hasil penelitian menunjukkan bahwa secara keseluruhan kualitas kinerja pelayanan bagi masyarakat pengguna jasa RSUP Dr. Hasan Sadikin dapat dikategorikan **BAIK** berada dalam interval 76,61-88,30 dengan perolehan realisasi sebesar 81,20 dari target yang telah ditetapkan 84 atau capaian 96,67%.

Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat melalui pencapaian persentase penurunan jumlah Kematian Ibu di RS realisasi 77,08% dari target yang ditetapkan sebesar 20% atau capaian sebesar 385,42%. Pencapaian angka Kematian Neonatal Dini (AKND) realisasi sebesar 68,48% dari target yang ditetapkan <64% atau capaian 93,01%.

Meningkatnya utilisasi fasilitasi ruangan operasi melalui pencapaian persentase utilisasi ruangan operasi realisasi sebesar 65,84% dari target 65% atau capaian 101,29%.

Terwujudnya pengembangan proses inovatif melalui pencapaian jumlah penelitian yang diterapkan pertahun realisasi sebanyak 7 penelitian dari target 7 penelitian atau mencapai 100% dari target yang ditetapkan. Pencapaian Persentase pelayanan pasien yang menggunakan Electronic Medical Record (EMR) realisasi sebesar 64,51% dari target 100% atau capaian 64,51%.

Terwujudnya proses yang bermutu melalui pencapaian persentase kejadian infeksi daerah operasi realisasi sebesar 0,80 dari target  $\leq 1,5$  atau capaian 146,50%. Pencapaian persentase pasien yang memenuhi standar WTRJ<60 menit realisasi sebesar 81,01% dari target 83% atau capaian 97,60%. Pencapaian Waktu Tunggu sebelum operasi elektif < 2 hari melebihi skor maksimal yaitu realisasi sebesar skor 2 dari target yang ditetapkan yaitu skor nya 1,5 atau capaian sebesar 133,33%. Pencapaian Ketepatan waktu jam visite Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) realisasi sebesar 99,14% dari target 90% atau capaian 110,15%. Pencapaian persentase pemeriksaan deteksi dini kanker realisasi 42,61% dari target 35% atau capaian 121,74%. Pencapaian persentase capaian indikator mutu di area pelayanan klinis prioritas pertahun realisasi 87,23% dari target 70% atau capaian 124,62%.

Meningkatnya akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi melalui pencapaian persentase kasus rujukan sisrute dengan keputusan final DPJP < 1 jam realisasi sebesar 92,99% dari target 100% atau capaian 92,99%.

Terpenuhinya standar Sarana Prasarana Alat (SPA) melalui pencapaian persentase pemenuhan ketersediaan Sarana Prasarana sebesar 70,14% dari target 70% atau capaian 100,2%. Pencapaian kehandalan peralatan medis dan non medis (OEE) realisasi sebesar 80,95% dari target 79% atau capaian 102,47%.

Meningkatnya *employee engagement* melalui pencapaian Pengkuran survei Kepuasan pegawai realisasi sebesar 73,60 dari target 84 atau capaian 87,62%.

Terlaksananya *lean culture* melalui pencapaian jumlah keberhasilan *Lean Project* yang terlaksana realisasi sebanyak 4 project dari target 4 project atau capaian 100%.

Meningkatnya pendapatan melalui pertumbuhan pendapatan pertahun realisasi sebesar -4,91% dari target 2% atau capaian -245,65%. Pencapaian persentase berkas pasien BPJS layak klaim realisasi sebesar 91,51% dari target 90% atau capaian 101,68%.

Tercapainya efisiensi biaya operasional melalui pencapaian rasio pendapatan PNBP terhadap Biaya operasional realisasi sebesar 84,70% dari target 80% atau capaian 105,88%.

Capaian Indikator Kinerja dan anggaran RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2022 menunjukan secara keseluruhan berjalan dengan maksimal, sehingga diharapkan dapat memberikan dampak positif bagi stakeholders RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung. Adapun permasalahan yang menyebabkan belum tercapainya target beberapa IKU yang akan menjadi perhatian utama dalam pelaksanaan program dan kegiatan Tahun 2023.

## DAFTAR ISI

	Hal
Lembar Pengesahan.....	I
Pernyataan Telah Direviu	ii
Kata Pengantar.....	iii
Ikhtisar Eksekutif.....	iii
Daftar Isi.....	vii
Daftar Tabel .....	ix
Daftar Gambar.....	xi
Daftar Grafik.....	xii
 <b>BAB I : PENDAHULUAN</b>	
A. Gambaran Umum .....	1
1. Sejarah RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.....	2
2. Struktur Organisasi dan Tata Kerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung .....	2
2.1 Susunan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas RSUP Dr. Hasan Sadikin.....	3
B. Aspek strategis RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung .....	13
C. Sistematika Penulisan Laporan Akuntabilitas Kinerja.....	18
 <b>BAB II : PERENCANAAN KINERJA</b>	
A.Rencana Kerja Tahunan (RKT).....	23
B.Perjanjian Kinerja.....	24
 <b>BAB III : AKUNTABILITAS KINERJA</b>	
A. Pengukuran dan Analisis Pencapaian Kinerja	27
1. Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat.....	29
2. Persentase Penurunan Jumlah Kematian Ibu di Rumah Sakit...	33
3. Angka Kematian Neonatal Dini (AKND).....	35
4. Persentase Utilisasi Ruangan Operasi.....	38
5. Jumlah Penelitian Yang Diterapkan Pertahun.....	41
6. Persentase Pelayanan Pasien yang menggunakan Elektronik Rekam Medis Elektronik (RME).....	43
7. Persentase Kejadian Infeksi Daerah Operasi.....	46
8. Persentase Pasien Yang Memenuhi Standar WTRJ <60 Menit.....	48
9. Waktu Tunggu sebelum Operasi Elektif $\leq$ 2 hari.....	51
10. Kepatuhan Waktu Jam Visite Dokter Penanggung Jawab Pelayanan DPJP.....	53
11. Persentase pemeriksaan deteksi Dini Kanker.....	57
12. Persentase evaluasi Capaian Indikator Mutu Di Area Pelayanan Klinis Prioritas Pertahun.....	58
13. Persentase kasus rujukan sisirute dengan keputusan DPJP < 1 jam .....	60
14. .Persentase Pemenuhan Ketersediaan Sarana Prasarana (SP).....	62
15. Kehandalan Peralatan Medis dan Non Medis (OEE.....	64
16. Pengukuran Survei Kepuasan Pegawa) .....	66

	17. Jumlah keberhasilan <i>Lean Project</i> yang terlaksanai .....	71
	18. Pertumbuhan Pendapatan Pertahun.....	76
	19. Persentase Berkas pasien BPJS Layak Klaim.....	78
	20. Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)	80
B.	Realisasi Anggaran	
	1. Sumber Daya Anggaran dan Realisasi.....	83
	2. Sumber Daya Manusia.....	85
	3. Sumber Daya Sarana dan Prasarana.....	90
C.	Efisiensi Sumber Daya	94
<b>BAB IV</b>	<b>:</b> <b>KESIMPULAN</b>	<b>95</b>
<b>Lampiran</b>	1. Laporan Neraca Per 31 Desember 2021 dan 31 Desember 2022 2. Laporan Arus Kas Tahun 2022 3. SK TIM LAKIP Tahun 2022 4. SK PIC Indikator Kinerja Unit 5. Kamus Indikator 6. Foto kegiatan 7. Penghargaan	

## DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 2.1 Sasaran Strategis, Indikator dan Target Kinerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2022.....	25
Tabel 3.1 Capaian Kinerja RSBS Tahun 2022.....	28
Tabel 3.2 Capaian Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat .....	29
Tabel 3.3 Capaian Persentase Pengukuran Jumlah kematian Ibu di rumah sakit .....	33
Tabel 3.4 Capaian Angka Kematian Neonatal Dini (AKND) .....	35
Tabel 3.5 Capaian Persentase Utilisasi Ruangan Operasi .....	38
Tabel 3.6 Capaian Jumlah Hasil Penelitian yang Diterapkan Pertahun .....	41
Tabel 3.7 Capaian Persentase Pelayanan Pasien yang menggunakan Elektronik Rekam Medis Elektronik (RME).....	44
Tabel 3.8 Capaian Presentase Kejadian Infeksi Daerah Operasi .....	46
Tabel 3.9 Capaian Presentase Pasien Yang Memenuhi Standar WTRJ ≤60 menit .....	48
Tabel 3.10 Capaian Waktu Tunggu Sebelum Operasi Elektif < 2 hari .....	50
Tabel 3.11 Capaian Ketepatan Waktu Jam Visite Dokter Penanggungjawab Pelayanan/DPJP .....	52
Tabel 3.12 Capaian persentase pemeriksaan deteksi Dini Kanker .....	56
Tabel 3.13 Capaian Persentase evaluasi Indikator Mutu Di Area Pelayanan Klinis Prioritas Pertahun .....	58
Tabel 3.14 Capaian Persentase kasus rujukan sisirute dengan keputusan DPJP < 1 jam	59
Tabel 3.15 Capaian Pemenuhan ketersediaan Sarana Prasarana (SP) .....	61
Tabel 3.16 Capaian Kehandalan Peralatan Medis dan Non Medis (OEE).....	64
Tabel 3.17 Capaian Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai .....	66
Tabel 3.18 Capaian Jumlah Lean Project yang Terlaksana .....	71
Tabel 3.19 Capaian Pertumbuhan Pendapatan Pertahun.....	76
Tabel 3.20 Capaian Presentase Berkas pasien BPJS Layak Klaim .....	78
Tabel 3.21 Capaian Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)....	81
Tabel 3.22 Sumber Daya Anggaran dan Realisasi.....	84
Tabel 3.23 Komposisi SDM Berdasarkan Jenis Tenaga (Desember 2022) .....	86
Tabel 3.24 Komposisi SDM Berdasarkan Jenjang Pendidikan Yang Telah Disesuaikan ...	87
Tabel 3.25 Komposisi SDM Berdasarkan Jenis Jabatan .....	88
Tabel 3.26 Sumber Daya Sarana dan Prasarana tahun 2022 .....	91
Tabel 3.27 Laporan Operasional Tahun 2022.....	94

## DAFTAR GAMBAR

	Hal
Gambar 1.1      Struktur Organisasi .....	22

## DAFTAR GRAFIK

	Hal
Grafik. 3.1 Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat Periode Januari-Desember 2022.....	30
Grafik. 3.2 Persentase Jumlah Kematian Ibu di Rumah Sakit Periode Januari-Desember 2022.....	34
Grafik 3.3 Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)Periode Januari-Desember 2022.	36
Grafik. 3.4 Persentase Utilisasi Ruangan Operasi Periode Januari-Desember 2022..	39
Grafik. 3.5 Jumlah Hasil Penelitian Yang Diterapkan Pertahun Periode Januari-Desember 2022.....	42
Grafik. 3.6 Persentase Pelayanan Pasien yang menggunakan Elektronik Rekam Medis Elektronik (RME) Periode Januari-Desember 2022.....	45
Grafik. 3.7 Persentase Kejadian Infeksi Daerah Operasi Periode Januari-Desember 2022.....	47
Grafik. 3.8 Persentase Pasien Yang Memenuhi Standar WTRJ $\leq$ 60 Menit Periode Januari-Desember 2022.....	49
Grafik. 3.9 Waktu Tunggu sebelum Operasi Elektif $\leq$ 2 hari Periode Januari-Desember 2022.....	51
Grafik. 3.10 Kepatuhan Waktu Jam Visite Dokter Penanggung Jawab Pelayanan DPJP Periode Januari-Desember 2022.....	53
Grafik. 3.11 Persentase pemeriksaan deteksi Dini Kanker Periode Januari-Desember 2022.....	57
Grafik. 3.12 Persentase evaluasi Capaian Indikator Mutu Di Area Pelayanan Klinis Prioritas Pertahun Periode Januari-Desember 2022.....	58
Grafik. 3.13 Persentase kasus rujukan sisirute dengan keputusan DPJP $<$ 1 jam Periode Januari-Desember 2022.....	60
Grafik. 3.14 Persentase Pemenuhan Ketersediaan Sarana Prasarana (SP) Periode Januari-Desember 2022.....	62
Grafik. 3.15 Kehandalan Peralatan Medis dan Non Medis (OEE) Periode Januari-Desember 2022.....	65
Grafik. 3.16 Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai Periode Januari-Desember 2022.	67
Grafik. 3.17 Jumlah Keberhasilan <i>Lean Project</i> yang terlaksanai Periode Januari-Desember 2022.....	72
Grafik. 3.18 Pertumbuhan Pendapatan Pertahun Periode Januari-Desember 2022....	78
Grafik. 3.19 Persentase Berkas pasien BPJS Layak Klaim Periode Januari-Desember 2022.....	80
Grafik. 3.20 Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO) Periode Januari-Desember 2022.....	82

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Gambaran Umum

##### 1. Sejarah RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Hasan Sadikin (RSHS) didirikan pada tahun 1923 dengan nama "*Het Algemeene Bandoengsche Ziekenhuis*". Pada tahun 1927 namanya diubah menjadi "*Het Gemeente Ziekenhuis Juliana*". Selama pendudukan Jepang, digunakan sebagai rumah sakit militer dengan nama "*Rigukun Byoin*". Sejak kemerdekaan Indonesia, telah dikenal sebagai "Rumah Sakit Ranca Bandak". Pada tahun 1954 diangkat sebagai Unit Pelaksana Teknis Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang bertanggung jawab langsung kepada Direktur Jenderal Perawatan Medis. Pada tahun 1956 ia ditetapkan sebagai rumah sakit umum dengan kapasitas 600 tempat tidur. Sejak didirikan Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran pada 1n 1957, telah ditetapkan sebagai rumah sakit pendidikan untuk mahasiswa Fakultas Kedokteran. Pada tahun 1967 namanya berubah menjadi dr. Rumah Sakit Umum Hasan Sadikin. Rumah sakit itu dinamai seorang dokter yang meninggal selama masa jabatannya sebagai direktur rumah sakit, yaitu dr. Hasan Sadikin.

RSHS dikategorikan sebagai Rumah Sakit Kelas A dan berfungsi sebagai Rumah Sakit Pendidikan dan salah satu dari 4 RS Rujukan Nasional Rujukan Puncak untuk Provinsi Jawa Barat. RSHS juga berfungsi sebagai Pusat Unggulan Nasional (*National Center of Excellence*) dalam bidang Kedokteran Nuklir dan ditetapkan sebagai satu-satunya penyelenggara Pendidikan Spesialis Kedokteran Nuklir di Indonesia.

Dalam upaya mencapai visi yang mengacu pada rumusan visi Pemerintah Kabinet Indonesia maju 2020-2024 yaitu “Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri, dan Berkepribadian, Berlandaskan Gotong Royong”, dan misi “Mewujudkan Kualitas Hidup Manusia yang Tinggi, Maju dan Sejahtera”, maka RSHS memiliki visi “**Menjadi Rumah Sakit yang Mandiri dengan Layanan Prima pada Tahun 2024**” dan misi “**Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Paripurna dan Prima, yang Terintegrasi dengan Pendidikan dan Penelitian**”, RSHS menggunakan *Lean Hospital* sebagai strategi untuk

membangun budaya organisasi dengan cara mengintegrasikan sistem yang terdiri pengembangan manusia, filosofi, teknik dan pendekatan manajemen. Implementasi RSB dalam bentuk program dan kegiatan mengacu kepada sasaran strategis RSB RSBS Tahun 2020-2024 yang menghasilkan 20 KPI. Nilai-nilai utama (*core values*) yang dijadikan sebagai pedoman oleh seluruh pegawai RSBS dalam memberikan pelayanan, pendidikan dan penelitian adalah: PAMINGPIN PITUIN (Kepemimpinan, Profesional, Inovatif, Tulus, Unggul, Integritas), dan Moto RSBS “Kesehatan Anda Menjadi Prioritas Kami (*Your Health is Our Priority*)”.

## 2. Struktur Organisasi dan Tata Kerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI (Permenkes) No. 78 tahun 2019 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, RSBS merupakan Unit Pelaksana Teknis (UPT) di lingkungan Kementerian Kesehatan yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. RSBS dipimpin oleh seorang Kepala yang disebut Direktur Utama.

Tugas Pokok RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Fungsi Dalam melaksanakan tugas pokok diatas, RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung menyelenggarakan fungsi:

- a. Penyusunan rencana program dan anggaran;
- b. Pengelolaan pelayanan medis;
- c. Pengelolaan pelayanan penunjang medis;
- d. Pengelolaan pelayanan penunjang nonmedis;
- e. Pengelolaan pelayanan keperawatan;
- f. Pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;
- g. Pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan;
- h. Pengelolaan keuangan dan barang milik negara;
- i. Pengelolaan sumber daya manusia;
- j. Pelaksanaan urusan hukum, organisasi, dan hubungan masyarakat;

- k. Pelaksanaan kerja sama;
- l. Pengelolaan sistem informasi;
- m. Pelaksanaan urusan umum; dan
- n. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan

## **2.1 Susunan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas RSUP Dr. Hasan Sadikin**

### **A. Jajaran Direksi Sebagai Pejabat Pengelola BLU**

a. Plt. Direktur Utama

dr. Yana Ahmad Supriatna, SpPD-KP., MMRS

b. Plt. Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang

Dr. dr., Zulvayanti, SpOG(K), M.Kes.

c. Direktur Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Penelitian

dr. I Gusti Lanang Suartana Putra, MM., MARS.

d. Direktur Keuangan dan Barang Milik Negara

Drs. Sudarto, MM

e. Direktur Perencanaan, Organisasi, dan Umum

drg. Muhammad Kamaruzzaman, M.Sc.

### **B. Jajaran Dewan Pengawas RSUP Dr. Hasan Sadikin**

a. Prof. Dr. dr. Agus Purwadianto, DFM., SH., M.Si.,Sp.F(K)	Ketua Dewas
b. Prof. Dr. Rina Indiastuti, M. SIE	Anggota Dewas
c. dr. Yanti Herman SH., MH.Kes.	Anggota Dewas
d. Dra. Elly Fariani, Ak., M.Sc.	Anggota Dewas
e. Dr. Drs. Bilmar Parhusip, M.Si	Anggota Dewas
f. Yoice Novita Fritresnahandiyati, SH, LLM	Sekretaris Dewas

Dalam melaksanakan tugasnya terutama yang berkaitan dengan pengawasan pelaksanaan tugas-tugas rumah sakit, Direktur Utama dibantu oleh Satuan Pemeriksa Intern (SPI).

a. Ketua Satuan Pemeriksa Intern (SPI) RSHS

Dr. dr. Lina Lasminingrum, Sp.THT(KL), M.Kes.

dan Unit-unit Non Struktural

Selain itu, di RSHS terdapat pula komite yang memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur Utama dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit yaitu :

- a. Komite Medik
- b. Komite Etik dan Hukum
- c. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien
- d. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit
- e. Komite Etik dan Penelitian
- f. Komite Keperawatan
- g. Komite Koordinasi Pendidikan
- h. Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung sebagai rumah sakit milik Kementerian Kesehatan RI merupakan puncak rujukan untuk propinsi Jawa Barat dan merupakan Rumah Sakit Kelas A. RSHS memiliki kemampuan untuk memberikan pelayanan medis spesialistik dan subspesialistik luas. Pelayanan spesialistik yang diberikan terdiri dari 21 pelayanan spesialistik dan 133 pelayanan subspesialistik. Pelayanan medik spesialistik tersebut adalah:

- 1. KSM Ilmu Penyakit Dalam/*Department of Internal Medicine*
- 2. KSM Ilmu Kesehatan Anak/*Department of Child Health*
- 3. KSM Obstetri dan Ginekologi/*Department of Obstetrics and Gynecology*
- 4. KSM Neurologi/*Department of Neurology*
- 5. KSM Ilmu Bedah/*Department of Surgery*
- 6. KSM Bedah Mulut dan Maksilofasial/*Oral and Maxillofacial Department*
- 7. KSM Orthopaedi dan Traumatologi/*Department of Orthopaedics and Traumatology*
- 8. KSM Ilmu Bedah Saraf/*Department of Neurosurgery*
- 9. KSM Urologi/*Department of Urology*
- 10. KSM Anestesiologi dan Terapi Intensif/*Department of Anesthesiology and Intensive Therapy*
- 11. KSM Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin/*Department of Dermatology and Venereology*
- 12. KSM Ilmu Kesehatan Gigi dan Mulut/*Department of Dental and Oral Health*

13. KSM Ilmu Kedokteran Jiwa/*Psychiatry Department*
14. KSM Ilmu Kesehatan Telinga, Hidung, Tenggorok, Kepala dan Leher (THT-KL) / *Department of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery*
15. KSM Ilmu Kedokteran Nuklir dan Pencitraan Molekuler/*Department of Nuclear Medicine and Molecular Imaging*
16. KSM Patologi Klinik/*Department of Clinical Pathology*
17. KSM Patologi Anatomi/*Department of Anatomical Pathology*
18. KSM Radiologi/*Department of Radiology*
19. KSM Ilmu Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi/*Department of Physical and Rehabilitation Medicine*
20. KSM Kedokteran Forensik/*Department of Forensic Medicine*
21. KSM Ilmu Farmakologi dan Terapi/*Department Pharmacology and Clinical Pharmacy*

Pelayanan Subspesialistik di RSHS, yaitu:

1. Penyakit Dalam
  - Kardiovaskuler
  - Ginjal Hipertensi
  - Endokrinologi & Metabolisme
  - Gastroentero Hepatologi
  - Respirologi dan penyakit kritis respirasi
  - Hemato Onkologi Medik
  - Reumatologi
  - Geriatri
  - Penyakit Tropik dan Infeksi
2. Obstetri & Ginekologi
  - Fetomaternal
  - Onkologi
  - Fertilitas dan Endokrinologi
  - Uroginekologi
  - Obstetri dan Ginekologi Sosial
3. Kesehatan Anak
  - Respirologi

- Infeksi dan Penyakit Tropis
  - Kardiologi
  - Hematoonkologi
  - ERIA (Emergensi dan Rawat Intensif Anak)
  - Gastrohepatologi
  - Neonatologi
  - Neurologi
  - Gizi dan Penyakit Metabolik
  - Tumbuh Kembang dan Pediatrik Sosial
  - Endokrinologi
  - Alergi dan Imunologi
  - Nefrologi
4. Ilmu Bedah
- Bedah Onkologi
  - Bedah Digestif
  - Bedah Urologi
  - Bedah Anak
  - Bedah Plastik
  - Bedah Toraks
  - Bedah Vaskuler
5. Bedah Saraf
- Traumatologi
  - Vaskuler
  - Tumor
  - Degeneratif
  - Kongenital
  - Saraf Tulang Belakang
  - Infeksi
  - Bedah Saraf Fungsional

6. Ortopedi dan Traumatologi
  - Tulang Belakang (*Spine*)
  - *Hand & Microsurgery*
  - Dewasa & Rekonstruksi (*Adult & Reconstruction*)
  - *Ankle & Foot*
  - Ortopedi Anak
  - Ortopedi Onkologi
  - *Sport Injury*
7. Bedah Mulut
  - Infeksi Oromaksilofasial
  - Dentoalveolar
  - Neoplasma Oromaksilofasial
  - Trauma Oromaksilofasial
  - Kongenital Oromaksilofasial
  - Bedah Ortognati Osteodistraksi
  - Saraf Oromaksilofasial
  - Kelenjar Ludah
  - Temporomandibular Joint
  - Implan Oromaksilofasial
  - Kiste Oromaksilofasial
  - Penanganan Khusus Oromaksilofasial
  - Spesial Dental Care Density
8. Neurologi
  - Cerebrovaskular (CVD)
  - Nyeri dan Nyeri kepala
  - Epilepsy
  - Saraf tepi
  - Neurofisiologi Klinik
  - Infeksi susunan saraf
  - Saraf Anak
  - Neurogeriatri
  - Neurobehaviour/ Fungsi luhur

- Neurooftalmologi, Vertigo, Otologi
  - Neurorehabilitasi
  - Neurotraumatologi
  - Neuro intensif
  - Neuro Radiologi
  - Movement disorder
  - Neuro Emergensi
  - Neuro Imunologi
9. Anesthesiologi & Terapi Intensif
- Neuroanestesi
  - *Intensive Care*
  - Anestesi Pediatrik
  - Anestesi Regional
  - Manajemen Nyeri (*Pain Management*)
  - Anestesi Obstetri
  - Anestesi Thoraks dan Kardiovaskular
10. Kulit dan Kelamin
- Dermatologi Non Infeksi dan Geriatri
  - Dermatologi Anak
  - Dermatologi Kosmetik
  - Dermatologi Alergi & Imunologi
  - Dermatologi Tumor & Bedah kulit
  - Dermatologi mikologi & infeksi virus
  - Dermatologi infeksi bakteri & parasite
  - Dermatologi venereology
11. Kesehatan Gigi dan mulut
- Ilmu Penyakit Mulut
  - Periodontik
  - Orthodontik
  - Pedodontik
  - Prosthodontik
12. Kedokteran Jiwa

- Psikiatri Anak dan Remaja
- Psikogeriatri
- Psikiatri Komunitas
- Psikiatri Adiksi
- Psikiatri Biologi
- Psikiatri Forensik
- *Consultation Liaison Psychiatry (CLP)*

13. Radiologi

- Radiologi Pediatrik
- Neuroradiologi
- Radiologi Traktus Respirasi
- Radiologi Kardiovaskuler
- Radiologi Gastrointestinal
- Radiologi Urogenitalis
- Radiologi Muskuloskeletal
- Radiologi *Breast and small parts*
- Radiologi Intervisional

14. Patologi Klinik

- Hematoonkologi
- Ginjal Hipertensi
- Hepato gastroenterology
- Imunoserologi dan alergi
- Infeksi dan penyakit tropic/mikrobiologi
- Endokrin

15. Telinga, Hidung, Tenggorok dan Bedah Kepala Leher (THT-KL)

- Laring Faring
- Otologi
- Rinologi - alergi
- Bronkos esofagologi
- Audiologi
- Onkologi bedah kepala leher
- Plastik rekonstruksi maxillo facial

- THT komunitas
16. Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi
  - Rehabilitasi Muskulosketel
  - Rehabilitasi Neuromuskuler
  - Rehabilitasi Pediatrik
  - Rehabilitasi Geriatri
  - Rehabilitasi Kardiopulmonal
17. Patologi Anatomi
18. Kedokteran Nuklir dan Pencitraan Molekuler
19. Kedokteran Forensik dan Medikolegal
20. Farmakologi dan Terapi
21. Kesehatan Mata

Pelayanan spesialistik maupun subspesialistik tersebut diselenggarakan di Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Darurat, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Intensif, Instalasi Bedah Sentral, Instalasi Pelayanan Jantung, Instalasi Hemodialisa, Instalasi Radioterapi dan Instalasi Teknologi Reproduksi Berbantu, yang didukung oleh pelayanan penunjang lainnya, seperti: Instalasi Gizi, Instalasi Farmasi, Instalasi Rekam Medis, Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRS), Instalasi Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit (IKLRS), Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit (ISIRS), Instalasi Binatu dan *Central Sterile Supply* dan lain sebagainya.

Selain pelayanan-pelayanan tersebut di atas, RSHS memiliki pelayanan-pelayanan khusus seperti:

1. Klinik Teratai (HIV/AIDS)
2. Klinik DOTS
3. Klinik TB MDR
4. Klinik Terapi Rumatan Metadon
5. Klinik Instansi Penerima Wajib Lapor (IPWL)
6. Klinik Alergi
7. Klinik Lupus
8. Pelayanan Geriatri

9. *Medical Check Up* dan Pengujian Kesehatan Pegawai
10. Klinik Asnawati (Pelayanan Kemoterapi)
11. Klinik Thalasemia
12. Klinik Osteoporosis
13. Klinik Mendengkur (*Snoring Clinic*)
14. Klinik Anestesi
15. Fetomaternal Diagnostik
16. Skrining Tiroid
17. Pelayanan PKBRS
18. Bank Darah,
19. Pelayanan Kedokteran Nuklir
20. Klinik Paliatif
21. Unit Pelayanan Transfusi Darah Rumah Sakit (UPD) Rumah Sakit
22. Klinik Infeksi Khusus (Covid)

RSHS sebagai rumah sakit rujukan *tertier* berupaya untuk dapat menyelenggarakan pelayanan secara terpadu. Untuk itu, pada pelaksanaannya dibentuk berbagai tim, diantaranya:

1. Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS)
2. Tim Program Pengendalian Resistensi Anti Mikroba (PPRA)
3. Tim Pelayanan *Obstetri Neonatal* Emergensi Komprehensif (PONEK)
4. Tim Pengelola Program Keluarga Berencana Rumah Sakit (PKBRS)
5. Tim Penanggulangan Infeksi HIV / AIDS
6. Tim TB MDR
7. Tim Pelayanan Rumatan Metadon
8. Tim Penerima Wajib Lapor Pelayanan Pecandu Narkotika
9. Tim Penapisan Teknologi Kesehatan (HTA)
10. Tim Monitoring dan Evaluasi Rekam Medis
11. Tim Pusat Pelayanan Terpadu Korban Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak
12. Tim Penanganan Epilepsi Terpadu
13. Tim Kanker
14. Tim Paliatif

15. Tim Penguji Kesehatan Pegawai
16. Tim *Medical Check Up* (MCU)
17. Tim Farmasi dan Terapi
18. Tim Infeksi Khusus
19. Tim Khusus Hemodialisa
20. Tim Penanganan Khusus Bayi Kembar Siam
21. Tim Bedah Jantung
22. Tim Trauma
23. Tim Nutrisi
24. Tim Manajemen Nyeri
25. Tim Kode Biru
26. Tim Perawatan Luka Bakar dan Stoma
27. Tim Pengelola Perawatan *Home Care* Berbasis Rumah Sakit
28. Tim pengembangan *stem cell* (sel punca)
29. Tim Penanggulangan Bencana
30. Tim *Clinical Pathway*
31. Tim Transplantasi Ginjal
32. Tim Skrining hipothyroid kongenital
33. Tim terapi apheresis
34. Tim Penanganan hipertensi dan penyakit jantung dalam kehamilan
35. Tim Vaksinasi covid 19
36. Tim Surveilans Sentinel Kejadian Ikutan Paska Imunisasi (KIPI) dan Kejadian Ikutan Dengan Perhatian Khusus (KIPK)

Sejalan dengan tuntutan atau kebutuhan masyarakat yang semakin besar dan mengacu pada keunggulan sumber daya manusia yang dimiliki, ketersediaan sarana dan prasarana yang memadai, serta keinginan yang kuat untuk memberikan pelayanan yang prima kepada masyarakat, sehingga sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis RSHS ditetapkan pelayanan unggulan, sebagai berikut:

1. Pelayanan Telesurgery
2. Pelayanan Kedokteran Nuklir dan Theranostik Molekular

Sesuai dengan salah satu tujuan dari RSHS, yaitu meningkatnya *cost recovery* rumah sakit untuk menuju kemandirian, telah ditetapkan beberapa unit pelayanan yang diharapkan dapat memberikan kontribusi bermakna terhadap pendapatan (*revenue*) RSHS, yaitu:

1. Instalasi Rawat Jalan
2. Instalasi Bedah Sentral
3. Sub Instalasi Rawat Inap Khusus Paviliun Parahyangan
4. Instalasi Farmasi
5. Instalasi Gawat Darurat
6. Instalasi Pelayanan Jantung
7. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik
8. Pelayanan Pemeriksaan Radiologi
9. Instalasi Radioterapi
10. Klinik Aster (Instalasi Teknologi Reproduksi Berbantu)
11. Pelayanan Rawat Inap lainnya.
12. Pelayanan Kedokteran Nuklir
13. Pelayanan Laboratorium Patologi Anatomi

Terhitung tanggal 01 Nopember 2022, ditetapkan Keputusan Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung No: HK.02.03/X.4.2.1/22038/2022 tentang Kapasitas dan Alokasi Tempat Tidur Pasien di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung : Kapasitas tempat tidur (TT) yang di operasionalkan 880 TT, terdiri dari : 2 TT (0,2%) Suite Room, 2 TT (0,2%) VVIP, 26 TT (2,9%) VIP, 71 TT (8,0%) Kls I, 122 TT (13,8%) Kls II, 376 TT (42,7%) Kls III, 58 TT (6,5%) Intensif, 121 TT (13,7%) High Care Unit dan 108 TT (12,2%) Non Kelas.

Ruang isolasi 33 TT, 6 ICU Covid dengan Ventilator, 12 TT ICU Covid Tanpa Ventilator dan 28 TT Isolasi Covid Non Tekanan Negatif tanpa Ventilator.

## B. Aspek Strategis RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

### 1. Tantangan dan Tujuan Strategis

Rencana Strategis periode Tahun 2020-2024 bertujuan utama untuk memberikan arah dan prioritas strategis pengembangan misi layanan, pendidikan, dan penelitian dengan memperhatikan dinamika tuntutan

*stakeholders* utamanya. Secara spesifik, tujuan utama rencana strategis RSHS adalah untuk mencapai:

1. Peningkatan kualitas pelayanan dan derajat kesehatan masyarakat
2. Peningkatan Pelayanan Kesehatan yang Inovatif, Prima dan Bermutu
3. Peningkatan Sumber Daya Kesehatan
4. Peningkatan Capaian Pertumbuhan Pendapatan

Dalam rangka pencapaian visi, misi dan tujuan RSHS sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSHS Tahun 2020 - 2024, ditetapkan tantangan strategis sebagai berikut:

1. Berkontribusi untuk pencapaian target indikator kesehatan Jabar melalui indikator kesehatan RSHS.
2. Mewujudkan akreditasi KARS Internasional Tahun 2021.
3. Menjadi model sinergi kemitraan dalam merangkul rumpun ilmu yang lain.
4. Mewujudkan kesejahteraan, kejelasan karir dan mono-loyalitas.
5. Mewujudkan layanan unggulan.
6. Melaksanakan pengampuan pada RS Jejaring.
7. Meningkatkan integrasi pelayanan, pendidikan dan penelitian.
8. Melakukan penguatan produk penelitian (publikasi, Haki, rekomendasi kebijakan).
9. Memperkuat kemampuan pada penanganan kasus tersier.
10. Mewujudkan keuangan yang akuntabel, transparan dan *cost effective*.
11. Mewujudkan kemitraan strategis *Academic (A), Business (B), Government (G), Community (C), Media (M)*.
12. tempat belajar terbaik (fasilitas, pengajar, kemudahan akses, beasiswa, atmosfir yang kondusif).
13. Meningkatkan level integrasi IT RSHS.

Sasaran strategis tersebut di atas merupakan penjabaran rencana strategis yang tertuang dalam RSB RSHS Tahun 2020-2024 dan indikator sasarannya tertuang dalam Rencana Kerja Tahunan RSUP Dr. Hasan Sadikin Tahun 2022.

## 2. Rumusan Tata Nilai dan Budaya RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

RSHS sepakat untuk meneruskan tata nilai PAMINGPIN PITUIN karena rumusan nilai ini menggambarkan siapa RSHS dan budaya Jawa Barat. Nilai ini menjadi panutan manajemen dan karyawan RSHS dalam memberikan asuhan dan pelayanan kepada pasien, keluarga pasien dan sesama karyawan.

### PAMINGPIN PITUIN

#### *Kepemimpinan, Profesional, Inovatif, Tulus, Unggul, Integritas*

Kepemimpinan	nilai yang menggambarkan kepeloporan dan menyiapkan talenta-talenta terbaik di bidangnya
Profesional	nilai yang berorientasi pada pencapaian kinerja melalui penjalinan kemitraan
Inovatif	nilai yang menggambarkan keinginan untuk menghasilkan suatu yang baru dan senantiasa melakukan perbaikan secara berkesinambungan
Tulus	keinginan untuk memberi tanpa pamrih, proaktif dan responsive
Unggul	keinginan untuk menjadi yang terbaik dan menghasilkan kualitas prima
Integritas	nilai yang menggambarkan kejujuran, amanah dan menjunjung etika yang tinggi dalam menjalankan tugas

## 3. Faktor Internal dan Eksternal RSHS

Berikut ini adalah faktor internal dan eksternal RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung yang dijabarkan kedalam Analisis SWOT. Analisis SWOT yang dilakukan merupakan upaya merepresentasikan berbagai faktor eksternal yang dinilai sebagian tidak sepenuhnya bisa dikendalikan dan bahkan sebagian sisanya lainnya di luar kendali RSHS dan berbagai faktor internal yang sepenuhnya dapat dikendalikan oleh RSHS dalam rangka mewujudkan visi organisasinya.

Faktor eksternal direpresentasikan dalam analisis SWOT melalui *OPPORTUNITIES* (Peluang) dan *THREATS* (Ancaman), sedangkan *STRENGTHS* (Kekuatan) dan *WEAKNESSES* (Kelemahan) merepresentasikan faktor internal.

Analisis dilakukan dengan menganalisa faktor-faktor eksternal organisasi yang akan memengaruhi jalannya roda organisasi RSHS dan kemudian berdasarkan pemahaman atas faktor eksternal tersebut dilanjutkan dengan menganalisa faktor internal organisasi dalam mewujudkan visi RSHS untuk periode Tahun 2020-2024

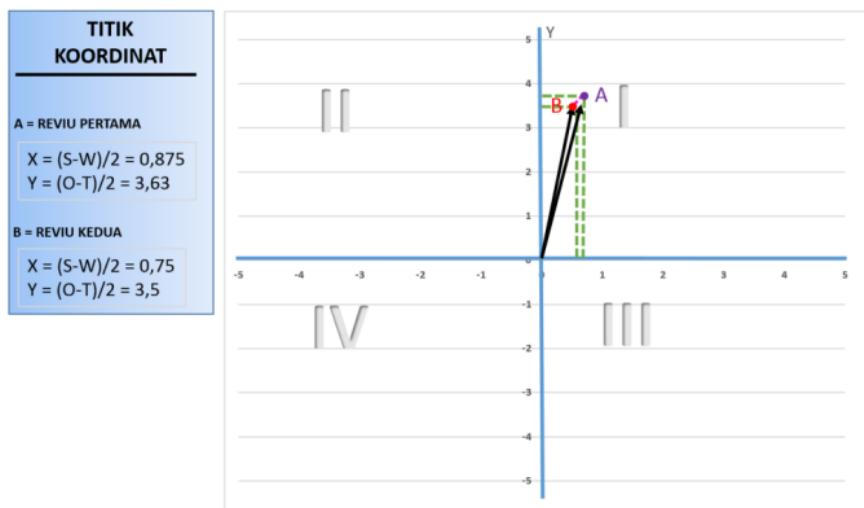
FAKTOR INTERNAL	FAKTOR EKSTERNAL
<b>Kekuatan (Strength)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sudah memiliki layanan sub spesialistik</li> <li>2. Penetapan sebagai RS rujukan Nasional</li> <li>3. Penetapan sebagai RS pendidikan utama</li> <li>4. Terakreditasi KARS Nasional (Paripurna), terakreditasi JCI sebagai AMC</li> <li>5. Kualitas SDM Profesional Pemberi Asuhan (dokter, perawat, gizi, apoteker)</li> <li>6. Lokasi yang strategis</li> <li>7. Fasilitas kesehatan lengkap (alat medis dan non medis)</li> <li>8. Sistem operasional sudah berbasis IT</li> <li>9. Sudah memiliki jaringan kemitraan (network hospital)</li> <li>10. Sudah memiliki webinar RS</li> <li>11. Sistem remunerasi terintegrasi</li> </ol>	<b>Peluang (Opportunities)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ragam kasus yang tinggi</li> <li>2. Pengembangan Health Tourism dampak dari Bandung sbg kota tujuan wisata</li> <li>3. Peningkatan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan</li> <li>4. Dukungan Pemda Kab/Kota dan pemprov jabar</li> <li>5. Perkembangan teknologi Kesehatan dan Teknologi informasi RS</li> <li>6. AHS</li> <li>7. BPJS</li> <li>8. RSHS sebagai Pengampu RS Jejaring kab/kota perujuk</li> <li>9. Meningkatnya Persentase populasi geriatri</li> </ol>
<b>Kelemahan (Weakness)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemanfaatan investasi yang belum optimal (belum menggambarkan profit oriented)</li> <li>2. Belum meratanya tingkat kematangan dan proses bisnis unit kerja</li> <li>3. Sistem manajemen dan budaya kinerja yang belum optimal</li> <li>4. Sinergi antar unit pelayanan belum optimal dan belum patient oriented (budaya kolaborasi)</li> <li>5. penelitian belum fokus/berorientasi pada perbaikan pelayanan</li> <li>6. Ratio PPA belum sesuai standar</li> </ol>	<b>Ancaman (Thread)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengurangan dukungan dana pemerintah</li> <li>2. Keberadaan jaringan institusi lain sebagai kompetitor yang memberikan daya saing yang lebih bagi pasien</li> <li>3. Semakin terbukanya informasi dan meningkatnya kesadaran hukum pasien</li> <li>4. Cybercrime/ kejahatan dunia maya</li> <li>5. MEA</li> <li>6. Lokasi geografis Bandung di sesar lembang (rawan bencana)</li> <li>7. Instabilitas moneter</li> </ol>

7. Lahan parkir yang terbatas	8. Brain drain tenaga kesehatan khusus
8. Citra RSHS yang belum mendukung untuk menjadi RS pilihan utama	9. Perubahan regulasi (pajak progresif) 10. Pandemi Covid-19

Berdasarkan hasil evaluasi pelaksanaan RSB ditahun kedua terjadi perubahan pada faktor-faktor strength dan weakness serta opportunity dan threat yang berakibat pada perubahan posisi organisasi dalam memenuhi visi RSHS sebagaimana pada diagram kartesius sebagai berikut:

Gambar Posisi Strategis RSHS

### REVIU POSISI STRATEGIS



#### 4. Rumusan Visi dan Misi RSHS

RSHS memiliki visi dan Misi menjabarkan Rumusan Visi dan Misi Pemerintah Kabinet Indonesia Maju 2020-2024 yaitu Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri dan Berkepribadian, Berlandaskan gotong royong. Maka Visi dan Misi RSHS yaitu :

- Visi RSHS : Menjadi Rumah Sakit yang Mandiri dengan Layanan Prima Pada Tahun 2024
- Misi RSHS : Menyelenggarakan pelayanan kesehatan paripurna dan prima, yang terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian

Dalam upaya pencapaian visi dan misi organisasi maka ditetapkan strategi bisnis yang disusun berdasarkan 4 (empat) perspektif, yakni perspektif *stakeholders*, perspektif proses bisnis, perspektif *learning & growth*, dan perspektif finansial yang digambarkan dalam peta strategis.

Gambar. Peta Strategis RSHS



### C. Sistematika Penulisan Laporan Akuntabilitas Kinerja

Tata pengelolaan/pemerintahan yang baik (*good governance*) merupakan harapan semua pihak. Upaya untuk mewujudkan *good governance* tersebut telah dituangkan dalam berbagai peraturan perundang-undangan, antara lain:

1. TAP MPR Nomor XI Tahun 1998 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari KKN;
2. UU Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari KKN;
3. Inpres Nomor 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP);
4. Inpres Nomor 5 Tahun 2004 tentang Percepatan Pemberantasan Korupsi
5. PermenPAN dan RB No. 29 Tahun 2010 tentang Pedoman Penyusunan Tapja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah

6. Permen PAN dan RB No. 35 Tahun 2011 tentang Juklak Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
7. Keputusan Direktur Jenderal BUK No.HK.02.02.04/1568/12 tanggal 28 Agustus 2012
8. Perpres Nomor 9 Tahun 2005 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Kewenangan, Susunan Organisasi, dan Tata Kerja Kementerian Negara Republik Indonesia.
9. PermenPAN dan RB No. 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

Peraturan tersebut di atas mengisyaratkan bahwa setiap instansi pemerintah diwajibkan mengimplementasikan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) dengan tujuan mendorong terciptanya akuntabilitas kinerja instansi pemerintah sebagai salah satu prasyarat untuk terciptanya pemerintahan yang baik dan terpercaya.

SAKIP pada dasarnya merupakan sistem manajemen berorientasi pada hasil yang merupakan salah satu instrumen untuk mewujudkan instansi pemerintah yang akuntabel sehingga dapat beroperasi secara efisien, efektif, dan responsif terhadap aspirasi masyarakat dan lingkungannya. Terwujudnya transparansi instansi pemerintah dan partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan pembangunan nasional serta terpeliharanya kepercayaan masyarakat kepada pemerintah. Dengan menerapkan SAKIP tersebut setiap instansi pemerintah diharuskan membuat Rencana Strategis (*Strategic Plan*), Rencana Kinerja (*Performance Plan*), Penetapan Kinerja (*Performance Agreement*) serta Laporan Akuntabilitas Kinerja (*Performance Accountability Report*).

Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung (LKj RSHS) Tahun 2022 disusun sebagai pertanggungjawaban pelaksanaan tugas di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dalam kurun waktu Tahun 2022. LKj RSHS Tahun 2022 disusun dengan tujuan untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan dan atau kegagalan pelaksanaan misi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam penetapan Kinerja RSHS Tahun 2022 dan juga sebagai

umpuan balik untuk memicu perbaikan kinerja RSHS di tahun yang akan datang. Sistematika penulisan Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung berdasarkan Permenpan RB Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Intansi Pemerintah adalah sebagai berikut:

Didahului dengan Kata pengantar, ringkasan eksekutif, daftar isi

## BAB I. Pendahuluan.

Pada bab ini disajikan penjelasan umum RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dengan penekanan kepada aspek strategis organisasi serta permasalahan utama (*strategic issued*) yang sedang dihadapi organisasi.

## BAB II. Perencanaan Kinerja.

Pada bab ini diuraikan ringkasan/ikhtisar perjanjian kinerja tahun yang bersangkutan.

## Bab III. Akuntabilitas Kinerja dalam Bab ini diuraikan:

### A. Capaian Kinerja Organisasi.

Pada sub bab ini disajikan capaian kinerja organisasi untuk setiap pernyataan kinerja sasaran strategis organisasi sesuai dengan hasil pengukuran kinerja organisasi. Untuk setiap pernyataan kinerja sasaran strategis tersebut dilakukan analisis capaian kinerja sebagai berikut:

- 1) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini;
- 2) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir;
- 3) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi;
- 4) Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional (jika ada)
- 5) Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan

- 6) Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya
- 7) Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian pernyataan kinerja.

B. Realisasi Anggaran.

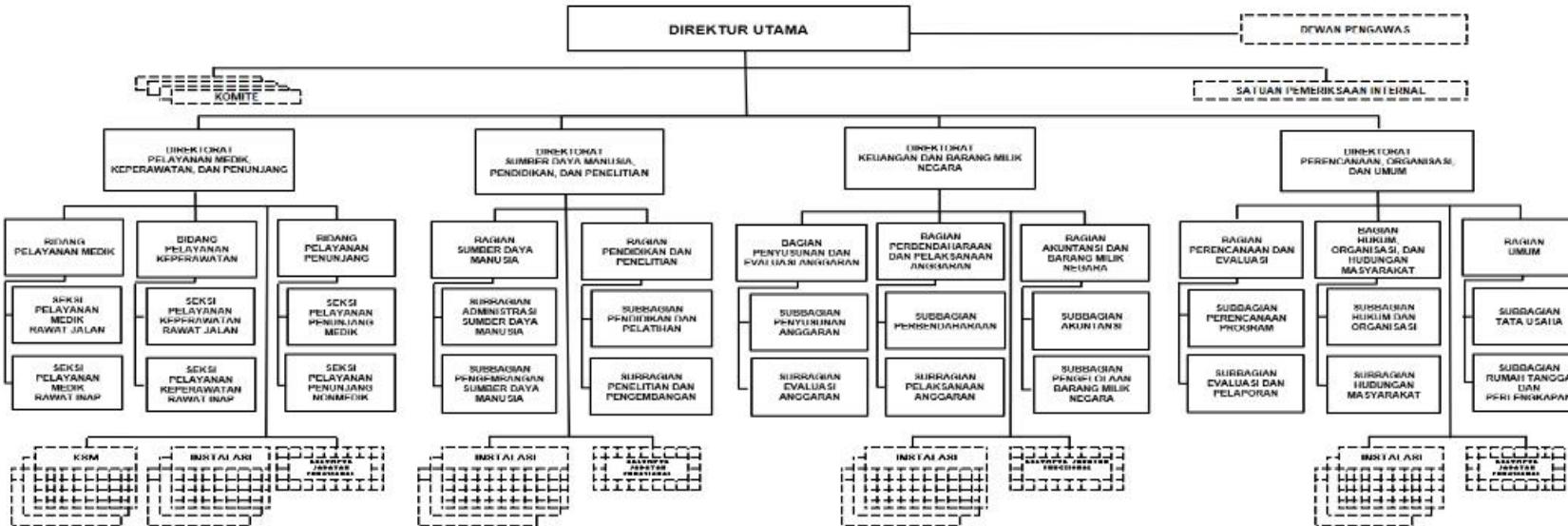
Pada sub bab ini diuraikan realisasi anggaran yang digunakan dan yang telah digunakan untuk mewujudkan kinerja organisasi sesuai dengan dokumen Perjanjian Kinerja

BAB IV. Penutup

Pada bab ini diuraikan simpulan umum atas capaian kinerja organisasi serta langkah dimasa mendatang yang akan dilakukan organisasi untuk meningkatkan kinerjanya.

Lampiran-Lampiran

**Gambar 1.1  
Struktur Organisasi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung**



Salinan sesuai dengan aslinya

Kepala Biro Hukum dan Organisasi  
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



Sundoyo, SH, MKM, M.Hum

NIP 196504081988031002

MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

## **BAB II**

### **PERENCANAAN KINERJA**

#### **A. Rencana Kinerja Tahun 2022 RSHS**

Rencana Kerja RSUP Dr. Hasan Sadikin tahun 2022 merupakan rencana tahun ketiga dari Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. Hasan Sadikin tahun 2020-2024 yang menjadi acuan serta arah kegiatan RSUP Dr. Hasan Sadikin di tahun 2022. Berdasarkan peta strategis disusun sasaran strategis yang terbagi kedalam empat perspektif sebagai berikut:

##### **I. Perspektif *Stakeholder***

- a. Meningkatnya Kepuasan Pelanggan
  - Dengan indikator sasaran sebagai berikut :
    - 1) Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat
- b. Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat
  - Dengan indikator sasaran sebagai berikut :
    - 2) Persentase Penurunan Jumlah Kematian Ibu di rumah sakit
    - 3) Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)

##### **II. Perspektif Proses Bisnis Internal**

- c. Meningkatnya Utilisasi Fasilitas Ruangan Operasi
  - 4) Persentase Utilisasi Ruangan Operasi
- d. Terwujudnya Proses yang Inovatif
  - 5) Jumlah Penelitian yang diterapkan pertahun
  - 6) Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME)
- e. Terwujudnya Proses yang Bermutu
  - 7) Persentase kejadian infeksi daerah operasi
  - 8) Persentase pasien yang memenuhi standar WTRJ <60 menit
  - 9) Waktu Tunggu sebelum operasi elektif < 2 hari
  - 10) Kepatuhan waktu visite Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP)
  - 11) Persentase pemeriksaan deteksi dini kanker
  - 12) Persentase evaluasi capaian indikator mutu di area pelayanan klinis prioritas pertahun

- f. Meningkatnya Akses dan Mutu Pelayanan Rujukan Terintegrasi
  - 13) Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal

### III. Perspektif Pembelajaran Pertumbuhan

- g. Terpenuhinya Standar SPA
  - 14) Persentase pemenuhan ketersediaan Sarana Prasarana
  - 15) Kehandalan Peralatan medis dan non medis (OEE)
- h. Meningkatnya *employee engagement*
  - 16) Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai
- i. Terlaksananya *Lean Culture*
  - 17) Jumlah *Lean Project* yang terlaksana

### IV. Perspektif Finansial

- j. Meningkatnya Pendapatan
  - 18) Pertumbuhan pendapatan pertahun
  - 19) Persentase berkas pasien BPJS layak klaim
- k. Tercapainya Efisiensi Biaya Operasional
  - 20) Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional

## B. Perjanjian Kinerja Tahun 2022

Dalam upaya mewujudkan visi dan misi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung disusun Key Performance Indikator (KPI) sebagai alat ukur untuk mengukur kinerja jangka panjang secara keseluruhan dalam satu periode tertentu. KPI secara khusus digunakan untuk membantu menentukan pencapaian strategis, keuangan dan operasional organisasi.

Terdapat 20 KPI pada Tahun 2022 yang telah diperjanjikan dalam Perjanjian Kinerja Tahun 2022 antara Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dan Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung. Selanjutnya indikator tersebut diturunkan menjadi indikator unit sesuai dengan tupoksi unit kerja masing-masing. Kemudian indikator tersebut dituangkan kedalam Rencana Kerja Tahunan (RKT) sesuai dengan KPI yang telah diperjanjikan. Berikut adalah KPI yang telah diperjanjikan pada Tahun 2022:

**Tabel 2.1**  
**Sasaran Strategis, Indikator dan Target Kinerja**  
**RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2022**

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Meningkatnya kepuasan pelanggan	1. Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat	84
2	Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat	2. Persentase penurunan jumlah kematian ibu di rumah sakit	20%
		3. Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)	$\leq 64\%$
3	Meningkatnya utilisasi fasilitas ruangan operasi	4. Persentase utilisasi ruangan operasi	65%
4	Terwujudnya proses yang inovatif	5. Jumlah penelitian yang diterapkan pertahun	7
		6. Persentase Pelayanan Pasien yang menggunakan Electronic Medical Record (EMR)	100%
5	Terwujudnya proses yang bermutu	7. Persentase kejadian infeksi daerah operasi	<1,5%
		8. Persentase pasien yang memenuhi standar WTRJ $\leq 60$ menit	83%
		9. Waktu Tunggu Sebelum Operasi Elektif < 2 hari	1,5
		10. Kepatuhan Waktu Visite Dokter Penanggungjawab Pelayanan/DPJP	90%
		11. Persentase pemeriksaan deteksi dini kanker	35%
		12. Persentase capaian indikator mutu di area pelayanan klinis prioritas pertahun	70%
6	Meningkatnya akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	13. Persentase kasus rujukan sisirute dengan keputusan final DPJP $\leq 1$ jam	100%
7	Terpenuhinya Standar SPA	14. Persentase Pemenuhan ketersediaan Sarana Prasarana	70%
		15. Kehandalan Peralatan Medis dan Non Medis (OEE)	79%
8	Meningkatnya employee engagement	16. Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai	84
9	Terlaksananya Lean Culture	17. Jumlah Keberhasilan Lean Project yang terlaksana	4
10	Meningkatnya pendapatan	18. Pertumbuhan pendapatan pertahun	2%
		19. Persentase berkas pasien BPJS layak klaim	90%
11	Tercapainya Efisiensi biaya operasional	20. Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional	80%

Adapun dokumen Perjanjian Kinerja Tahun 2022 antara Direktur Pelayanan Kesehatan dengan Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung adalah sebagai berikut:

<p><b>DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG</b></p>  <p><b>PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2022</b></p> <p>Dalam rangka mewujudkan manajemen pemerintahan yang efektif, transparan dan akuntabel serta berorientasi pada hasil, kami yang bertanda tangan di bawah ini:</p> <p>Nama : dr. Irayanti, SpM. MARS. Jabatan : Plt. Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung selanjutnya disebut pihak pertama</p> <p>Nama : Prof. dr. Abdul Kadir, Ph.D, Sp.THT-KL (K), MARS Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua</p> <p>Pihak pertama berjanji akan mewujudkan target kinerja yang seharusnya sesuai lampiran perjanjian ini, dalam rangka mencapai target kinerja jangka menengah seperti yang telah ditetapkan dalam dokumen perencanaan. Keberhasilan dan kegagalan pencapaian target kinerja tersebut menjadi tanggung jawab kami.</p> <p>Pihak kedua akan melakukan supervisi yang diperlukan serta akan melakukan evaluasi terhadap capaian kinerja dari perjanjian ini dan mengambil tindakan yang diperlukan dalam rangka pemberian penghargaan dan sanksi.</p> <p>Jakarta, Desember 2021 Pihak Kedua,  Prof. dr. Abdul Kadir, Ph.D, Sp.THT-KL(K), MARS NIP. 196205231989031001</p> <p>Pihak Pertama  dr. Irayanti, SpM., MARS. NIP. 196201231989012001</p>	<p><b>PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2022</b> RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Sasaran Program/Kegiatan</th> <th>Indikator Kinerja</th> <th>Target</th> </tr> <tr> <th>(1)</th> <th>(2)</th> <th>(3)</th> <th>(4)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Meningkatnya kepuasan pelanggan</td> <td>1. Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat</td> <td>84</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat</td> <td>2. Persentase penurunan jumlah kematian ibu di rumah sakit</td> <td>20%</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Meningkatnya utilisasi fasilitas ruangan operasi</td> <td>3. Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)</td> <td>≤ 64%</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Terwujudnya proses yang inovatif</td> <td>4. Persentase utilisasi ruangan operasi</td> <td>65%</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Terwujudnya proses yang bermutu</td> <td>5. Jumlah penelitian yang diterapkan pertahun</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>6. Persentase Pelayanan Pasien yang menggunakan Electronic Medical Record (EMR)</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>7. Persentase kejadian infeksi daerah operasi</td> <td>&lt;1,5%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>8. Persentase pasien yang memenuhi standar WTRJ &lt;60 menit</td> <td>83%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>9. Waktu Tunggu Sebelum Operasi Elektif &lt; 2 hari</td> <td>1,5</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>10. Kepatuhan Waktu Visite Dokter Penanggungjawab Pelayanan/DPJP</td> <td>90%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>11. Persentase pemeriksaan diteksi di awal</td> <td>35%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>12. Persentase capaian indikator mutu di area pelayanan klinik prioritas pertahun</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Meningkatnya akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi</td> <td>13. Persentase kasus rujukan sisirute dengan keputusan final DPJP ≤ 1 jam</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>Terpenuhinya Standar SPA</td> <td>14. Persentase Pemenuhan ketersediaan Sarana Prasarana</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>Meningkatnya employee engagement</td> <td>15. Keterpenuhan Peralatan Medis dan Non Medis (OEE)</td> <td>79%</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Terlaksananya Lean Culture</td> <td>16. Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai</td> <td>84</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>Meningkatnya pendapatan</td> <td>17. Jumlah Keberhasilan Lean Project yang terlaksana</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>Tercapainya Efisiensi biaya operasional</td> <td>18. Perfumbaruan pendapatan pertahun</td> <td>2%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>19. Persentase berkas pasien BPJS layak klaim</td> <td>90%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>20. Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional</td> <td>80%</td> </tr> </tbody> </table>	No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	(1)	(2)	(3)	(4)	1	Meningkatnya kepuasan pelanggan	1. Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat	84	2	Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat	2. Persentase penurunan jumlah kematian ibu di rumah sakit	20%	3	Meningkatnya utilisasi fasilitas ruangan operasi	3. Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)	≤ 64%	4	Terwujudnya proses yang inovatif	4. Persentase utilisasi ruangan operasi	65%	5	Terwujudnya proses yang bermutu	5. Jumlah penelitian yang diterapkan pertahun	7			6. Persentase Pelayanan Pasien yang menggunakan Electronic Medical Record (EMR)	100%			7. Persentase kejadian infeksi daerah operasi	<1,5%			8. Persentase pasien yang memenuhi standar WTRJ <60 menit	83%			9. Waktu Tunggu Sebelum Operasi Elektif < 2 hari	1,5			10. Kepatuhan Waktu Visite Dokter Penanggungjawab Pelayanan/DPJP	90%			11. Persentase pemeriksaan diteksi di awal	35%			12. Persentase capaian indikator mutu di area pelayanan klinik prioritas pertahun	70%	6	Meningkatnya akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	13. Persentase kasus rujukan sisirute dengan keputusan final DPJP ≤ 1 jam	100%	7	Terpenuhinya Standar SPA	14. Persentase Pemenuhan ketersediaan Sarana Prasarana	70%	8	Meningkatnya employee engagement	15. Keterpenuhan Peralatan Medis dan Non Medis (OEE)	79%	9	Terlaksananya Lean Culture	16. Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai	84	10	Meningkatnya pendapatan	17. Jumlah Keberhasilan Lean Project yang terlaksana	4	11	Tercapainya Efisiensi biaya operasional	18. Perfumbaruan pendapatan pertahun	2%			19. Persentase berkas pasien BPJS layak klaim	90%			20. Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional	80%
No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target																																																																																						
(1)	(2)	(3)	(4)																																																																																						
1	Meningkatnya kepuasan pelanggan	1. Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat	84																																																																																						
2	Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat	2. Persentase penurunan jumlah kematian ibu di rumah sakit	20%																																																																																						
3	Meningkatnya utilisasi fasilitas ruangan operasi	3. Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)	≤ 64%																																																																																						
4	Terwujudnya proses yang inovatif	4. Persentase utilisasi ruangan operasi	65%																																																																																						
5	Terwujudnya proses yang bermutu	5. Jumlah penelitian yang diterapkan pertahun	7																																																																																						
		6. Persentase Pelayanan Pasien yang menggunakan Electronic Medical Record (EMR)	100%																																																																																						
		7. Persentase kejadian infeksi daerah operasi	<1,5%																																																																																						
		8. Persentase pasien yang memenuhi standar WTRJ <60 menit	83%																																																																																						
		9. Waktu Tunggu Sebelum Operasi Elektif < 2 hari	1,5																																																																																						
		10. Kepatuhan Waktu Visite Dokter Penanggungjawab Pelayanan/DPJP	90%																																																																																						
		11. Persentase pemeriksaan diteksi di awal	35%																																																																																						
		12. Persentase capaian indikator mutu di area pelayanan klinik prioritas pertahun	70%																																																																																						
6	Meningkatnya akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	13. Persentase kasus rujukan sisirute dengan keputusan final DPJP ≤ 1 jam	100%																																																																																						
7	Terpenuhinya Standar SPA	14. Persentase Pemenuhan ketersediaan Sarana Prasarana	70%																																																																																						
8	Meningkatnya employee engagement	15. Keterpenuhan Peralatan Medis dan Non Medis (OEE)	79%																																																																																						
9	Terlaksananya Lean Culture	16. Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai	84																																																																																						
10	Meningkatnya pendapatan	17. Jumlah Keberhasilan Lean Project yang terlaksana	4																																																																																						
11	Tercapainya Efisiensi biaya operasional	18. Perfumbaruan pendapatan pertahun	2%																																																																																						
		19. Persentase berkas pasien BPJS layak klaim	90%																																																																																						
		20. Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional	80%																																																																																						

<p><b>Program</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kegiatan Operasional pelayanan</li> <li>Kegiatan Akreditasi KARS Internasional</li> <li>Kegiatan Pengembangan pelayanan RS</li> <li>Pengadaan, pembinaan dan pengembangan SDM berbasis Kompetensi</li> </ol> <p><b>Total</b></p>	<p><b>Anggaran</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Rp. 477.209.265.000,-</td> </tr> <tr> <td>Rp. 1.873.032.000,-</td> </tr> <tr> <td>Rp. 206.055.993.000,-</td> </tr> <tr> <td>Rp. 500.792.413.000,-</td> </tr> </table> <p><b>Rp. 1.185.930.703.000,-</b></p> <p>Jakarta, Desember 2021</p> <p>Pihak Kedua,  Prof. dr. Abdul Kadir, Ph.D, Sp.THT-KL(K), MARS NIP. 196205231989031001</p> <p>Pihak Pertama  dr. Irayanti, SpM., MARS. NIP. 196201231989012001</p>	Rp. 477.209.265.000,-	Rp. 1.873.032.000,-	Rp. 206.055.993.000,-	Rp. 500.792.413.000,-
Rp. 477.209.265.000,-					
Rp. 1.873.032.000,-					
Rp. 206.055.993.000,-					
Rp. 500.792.413.000,-					

## **BAB III**

### **AKUNTABILITAS KINERJA**

#### **A. Pengukuran dan Analisis Pencapaian Kinerja**

Guna mengetahui tingkat capaian kinerja terhadap standar, rencana atau target dari masing-masing indikator, maka dapat dilakukan pengukuran kinerja untuk mengetahui tercapainya sasaran strategis. Pengukuran kinerja diperlukan untuk mengetahui realisasi atau capaian kinerja yang dilakukan oleh RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dalam kurun waktu Januari sampai dengan Desember 2022.

Tahun 2022 merupakan tahun ketiga pelaksanaan Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2020-2024. Pengukuran kinerja dilakukan dengan membandingkan realisasi capaian dengan rencana tingkat capaian (target) pada setiap indikator, sehingga diperoleh gambaran tingkat keberhasilan pencapaian masing-masing indikator.

Berdasarkan pengukuran kinerja tersebut diperoleh informasi masing-masing indikator, sehingga dapat ditindaklanjuti dalam perencanaan program/kegiatan di masa yang akan datang agar setiap program/kegiatan yang direncanakan dapat lebih berhasil-guna dan berdaya-guna.

Selain untuk mendapat informasi mengenai masing-masing Indikator, pengukuran kinerja ini juga dimaksudkan untuk mengetahui kinerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, dibandingkan dengan target di dalam Rencana Strategis Bisnis (RSB) 2020 - 2024. Manfaat pengukuran kinerja antara lain memberikan gambaran kepada pihak-pihak internal dan eksternal tentang pelaksanaan misi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dalam rangka mewujudkan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam dokumen Kinerja Utama dan Penetapan Kinerja.

Sasaran merupakan hasil yang akan dicapai secara nyata oleh RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dalam rumusan yang lebih spesifik, terukur dalam kurun waktu 1 (satu) tahun. Dalam rangka mencapai sasaran, perlu ditinjau indikator-indikator dari masing-masing sasaran yang telah ditetapkan. Sasaran RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung adalah sebagai berikut:

**Tabel 3.1**  
**Capaian Kinerja RSHS Tahun 2022**

N O	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET TAHUN 2022		REALISASI TAHUN 2021	REALISASI TAHUN 2022
<b>I</b>	<b>Perspektif Stakeholder</b>					
1	Meningkatnya kepuasan pelanggan	1 Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat	skor	84	76,62	81,20
2	Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat	2 Persentase penurunan jumlah kematian ibu di rumah sakit	%	20	-33,33	77,08
		3 Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)	%	<64	62,53	68,48
<b>II</b>	<b>Perspektif Proses Bisnis Internal</b>					
3	Meningkatnya utilisasi fasilitas ruangan operasi	4 Persentase utilisasi ruangan operasi	%	65	44,42	65,84
4	Terwujudnya Pengembangan Proses Inovatif	5 Jumlah Penelitian yang diterapkan pertahun	Buah	7	5	7
		6 Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME)	%	100	100	64,51
5	Terwujudnya proses yang bermutu	7 Persentase kejadian infeksi daerah operasi	%	≤1,5	0,65	0,80
		8 Persentase pasien yang memenuhi standar WTRJ <60 menit	%	83	87,67	81,01
		9 Waktu Tunggu sebelum operasi elektif < 2 hari	skor	1,5	2	2
		10 Kepatuhan Waktu Visite Dokter Penanggungjawab Pelayanan/DPJP	%	90	95,45	99,14
		11 Persentase pemeriksaan deteksi dini kanker	%	35	43	42,61
		12 Persentase capaian indikator mutu di area pelayanan klinik prioritas pertahun	%	70	75	87,23
6	Meningkatnya akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	13 Persentase kasus rujukan sisirute dengan keputusan final DPJP < 1 jam	%	100	96,32	92,99
<b>III</b>	<b>Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan</b>					
7	Terpenuhinya Standar SPA	14 Persentase pemenuhan ketersediaan SP	%	70	68,13	70,14
		15 Kehandalan Peralatan medis dan non medis (OEE)	%	79	73,22	80,95
8	Meningkatnya employee engagement	16 Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai	%	84	82	73,60
9	Terlaksananya Lean Culture	17 Jumlah keberhasilan <i>Lean Project</i> yang terlaksana	Buah	4	4	4
<b>IV</b>	<b>Perspektif Finansial</b>					
10	Meningkatnya pendapatan	18 Pertumbuhan pendapatan pertahun	%	2	-2,87	-4,91
		19 Persentase berkas pasien BPJS layak klaim	%	90	86,12	91,51
11	Tercapainya Efisiensi biaya operasional	20 Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional	%	80	90,97	84,70

## 1. Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2021 dan Tahun 2022 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024 dan target nasional yaitu:

**Tabel 3.2**  
**Capaian Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat**

Realisasi Pengukuran survei Kepuasan masyarakat	Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024		Target Kemkes
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Target	
	83	76,62	84	81,20	85	80	
<b>Capaian</b>	92,31%		96,67%		95,52%	101,5%	

Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat adalah nilai, data dan informasi tentang tingkat kepuasan masyarakat yang diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif dan kualitatif atas pendapat masyarakat dalam memperoleh pelayanan dari aparatur penyelenggara pelayanan publik dengan membandingkan antara harapan dan kebutuhannya. Formula perhitungan yang digunakan adalah total dari nilai persepsi perunsur dibagi total unsur yang terisi dikali nilai penimbang.

Survei Kepuasan Masyarakat RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dilakukan 2 kali dalam setahun (persemester). Hasil pengukuran SKM dilakukan secara independen melalui kerjasama antara RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dengan Pusat Study Survey Research Methodology Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Padjadjaran. Metode yang digunakan dalam survey kepuasan masyarakat mengacu pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggaraan Pelayanan Publik dengan beberapa penyesuaian metode sesuai kebutuhan.

### Capaian/kondisi yang dicapai:

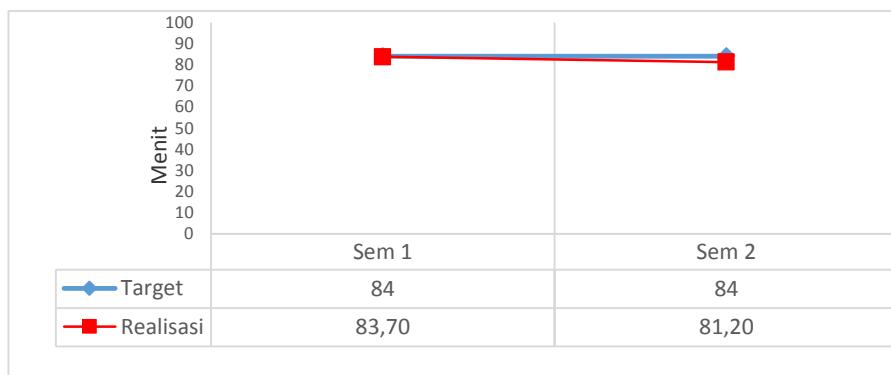
Perhitungan Nilai SKM :

$$= (\text{Total dari nilai persepsi per unsur dibagi total unsur yang terisi dikali nilai penimbang}) \times \text{nilai dasar}$$

Perhitungan Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat Tahun 2022 ditargetkan skor 84, realisasi mencapai skor 81,20 atau capaian 96,67%. Progres capaian kinerja Tahun

2022 terhadap jangka panjang menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 95,52%. Jika dibandingkan dengan standar Kemenkes dengan skor 80 tercapai sebesar 101,50%. Hasil survei Tahun 2022 mengalami peningkatan dibandingkan dengan hasil survei Tahun 2021 yaitu sebesar 4,36%. Hasil survei Tahun 2022 menunjukkan bahwa secara keseluruhan kualitas kinerja pelayanan bagi masyarakat pengguna jasa RSUP Dr. Hasan Sadikin dapat dikategorikan **BAIK** dengan perolehan Indeks Kepuasan Masyarakat sebesar **81,20** berada dalam interval **76,61-88,30**. Nilai IKM dihitung dengan menggunakan “nilai rata-rata tertimbang” masing-masing unsur pelayanan. Dalam Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2017, terdapat 9 unsur pelayanan dan dikembangkan menjadi 13 unsur yaitu 1) Persyaratan, 2) Sistem, Mekanisme dan Prosedur, 3) Waktu Penyelesaian, 4) Biaya/tarif, 5) Produk Spesifikasi jenis pelayanan, 6) Kompetensi pelaksana, 7) Perilaku pelaksana, 8) Penanganan pengaduan, saran dan masukan 8) Sarana dan prasarana. Setiap unsur pelayanan memiliki penimbang yang sama.

**Grafik 3.1**  
**Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat**  
**Periode Januari-Desember 2022**



### Analisis Kendala/hambatan

Tingkat kepuasan pasien terhadap kecepatan proses pelayanan di rumah sakit Hasan Sadikin Bandung secara umum dinilai baik pada semester 2 dengan nilai sebesar 81,2, tetapi menurun dari semester 1 yaitu sebesar 83,7.

Terdapat 6 dimensi yang dianggap penting oleh pengguna Layanan dari dimensi-dimensi yang dianggap penting, yaitu:

1. “kemampuan petugas
2. “sikap petugas”

3. "kecepatan proses",
4. "kuantitas sarana"
5. "kualitas sarana"
6. "kemudahan persyaratan".

### **Langkah strategis perbaikan**

1. Melaksanakan kegiatan *Pit Stop Road Show Service Excellent* dan *Handling Complaint* ke Unit untuk mengingatkan Kembali ke petugas pelayanan
2. Melaksanakan percepatan penyelesaian masalah pengaduan dengan melakukan koordinasi dengan unit terkait
3. Membuat dan menempatkan QR code ke semua unit pelayanan untuk memonitor keluhan dan kepuasan Masyarakat terhadap pelayanan
4. Melaksanakan MoU RSHS dengan Istana Plaza dalam penyediaan lahan parkir untuk Pengunjung dan Pegawai
5. Penyediaan mobil untuk antar jemput pasien dan pegawai dari RSHS -IP (PP), penataan Zona parkir untuk pegawai dan Pengunjung
6. Melaksanakan pelatihan service excellent yang bekerja sama dengan Biro Komunikasi Kementerian Kesehatan
7. Melaksanakan Koordinasi dengan IRJ dan SIRS dalam rangka pelayanan pendaftaran online dan alur pelayanan

### **Rekomendasi**

1. Melakukan feedback kepada seluruh unit pelayanan untuk menindaklanjuti hasil survei kepuasan masyarakat sesuai dengan temuan di lapangan dengan membuat PDSA dan RTL terkait percepatan proses layanan

### **Bukti kegiatan**

UPAYA TINDAK LANJUT	DATA DUKUNG (SK/Panduan/SOP/UMAN/Foto Kegiatan/dll)	KETERANGAN
1. Melaksanakan kegiatan Pit Stop Road Show Service Excellent dan Handling Complaint ke Unit untuk mengingatkan Kembali ke petugas pelayanan	 <a href="#">Pit Stop.pptx</a>	IGD, IRJ, IRI, Pelayanan Penunjang

UPAYA TINDAK LANJUT	DATA DUKUNG (SK/Panduan/SOP/UMAN/Foto Kegiatan/dll)	KETERANGAN
2. Melaksanakan percepatan penyelesaian masalah pengaduan dengan melakukan koordinasi dengan unit terkait		Sedang diajukan SK PIC pengaduan di setiap unit pelayanan

UPAYA TINDAK LANJUT	DATA DUKUNG (SK/Panduan/SOP/UMAN/Foto Kegiatan/dll)	KETERANGAN
3. Membuat dan menempatkan QR code ke semua unit pelayanan untuk memonitor keluhan dan kepuasan Masyarakat terhadap pelayanan		Mengetahui keluhan dan kepuasan masyarakat dapat dilihat setiap bulan , sehingga kita langsung melakukan koordinasi dengan unit terkait untuk perbaikan /mengantisipasi keluhan

UPAYA TINDAK LANJUT	DATA DUKUNG (SK/Panduan/SOP/UMAN/Foto Kegiatan/dll)	KETERANGAN
4. Melaksanakan MoU RSHS dengan Istana Plaza dalam penyediaan lahan parkir untuk Pengunjung dan Pegawai  Penyediaaan mobil untuk antar jemput pasien dan pegawai dari RSHS -IP (PP)  Penataan Zona parkir untuk pegawai dan Pengunjung		Upaya untuk meningkatkan sarana parkir untuk keluarga pasien

UPAYA TINDAK LANJUT	DATA DUKUNG (SK/Panduan/SOP/UMAN/Foto Kegiatan/dll)	KETERANGAN
4. Melaksanakan pelatihan service excellent yang bekerja sama dengan Biro Komunikasi Kementerian Kesehatan		Upaya untuk meningkatkan Pelayanan publik

## 2. Persentase Penurunan Jumlah Kematian Ibu di Rumah Sakit

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2021 dan Tahun 2022 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

**Tabel 3.3**  
**Capaian Persentase Penurunan Jumlah Kematian Ibu di Rumah Sakit**

Realisasi Persentase Penurunan Jumlah Kematian Ibu di Rumah Sakit	Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target
	45%	-33.33%	20%	77,08%	20%
<b>Capaian</b>	<b>-74,07%</b>		<b>385,42%</b>		<b>385,42%</b>

Persentase penurunan jumlah kematian ibu adalah kematian ibu hamil, bersalin sampai dengan 42 hari pasca salin akibat semua sebab yang terkait langsung dengan oleh kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh penyebab tidak langsung, kecelakaan/cedera, covid-19, dan Dead On Arrival (DOA). Formula perhitungan yang digunakan adalah Jumlah kematian ibu tahun berjalan dibagi jumlah kematian ibu tahun sebelumnya x100.

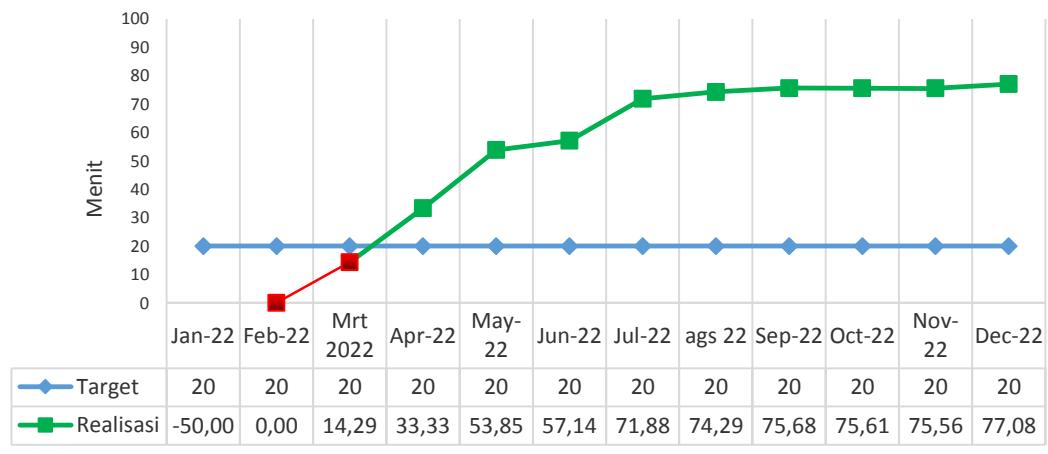
### Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Persentase penuruan jumlah kematian ibu :

$$\begin{aligned}
 &= 100\% - [\{\text{Jumlah kematian ibu tahun berjalan} / \text{Jumlah kematian ibu baseline}\} \times 100\%] \\
 &= 100\% - [\{11/48\} \times 100\%] = 77,08\%
 \end{aligned}$$

Persentase jumlah penurunan kematian ibu di RSHS tahun 2022 ditargetkan 20%, realisasi persentase jumlah penurunan kematian ibu di RS mencapai target yaitu 77,08%. Progres capaian kinerja Tahun 2022 terhadap jangka panjang menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 385,42%. Jumlah kematian penyebab langsung sebanyak 11 kasus, dan penyebab tidak langsung sebanyak 8 kasus.

**Grafik 3.2**  
**Persentase Jumlah Penurunan Kematian Ibu**  
**Periode Januari-Desember 2022**



### Analisis Kendala/hambatan

1. Belum ada tim AMPC-SR di RSHS
2. Kasus perdarahan datang dalam keadaan buruk
3. Kurangnya ICU untuk maternal
4. Komplikasi operasi yang sulit pada SPA
5. Kasus datang dalam keadaan buruk terutama berasal dari KBB
6. 3 Kasus rujukan terlambat dari Kota Tasikmalaya

### Langkah strategis perbaikan

1. Pembentukan Tim/Komite AMPC-SR. Sosialisasi AMPC-SR ke RS Jejaring
2. Melaporkan hasil temua tim AMPC-SR ke komite Mutu, komite Medik, dan Ditrektur secara berkala, pemenuhan set perdarahan (masing-masing 2 set) untuk di IGD, VK, R Resusitasi
3. ICU khusus maternal
4. Evaluasi Tim Spektrum Plasenta Akreta, Peningkatan Kompetensi Operator dalam menangani kasus SPA
5. Pendampingan PONED dan PONEK di KBB
6. Pembinaan SpOG di Kota Tasikmalaya melalui POGI jabar

### Rekomendasi

1. Fokus penanganan terhadap kasus spektrum plasenta akreta

## Bukti kegiatan



Foto kegiatan Program Pembinaan Kesehatan Ibu Kabupaten Bandung Barat dalam Penurunan Angka Kematian Ibu

### 3. Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2021 dan Tahun 2022 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

**Tabel 3.4**  
**Capaian Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)**

Realisasi Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)	Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target
	67‰	62,53‰	64‰	68,48‰	56‰
Capaian	106,67%		93,01%		77,72%

Angka Kematian Neonatal Dini (AKND) adalah jumlah kematian bayi usia 0-6 hari per 1.000 kelahiran hidup di RSHS. Formula perhitungan yang digunakan adalah jumlah kematian neonatal dini dibagi jumlah kematian neonatal lahir hidup dikali 100.

#### Capaian/kondisi yang dicapai

Perhitungan Angka Kematian Neonatal Dini :

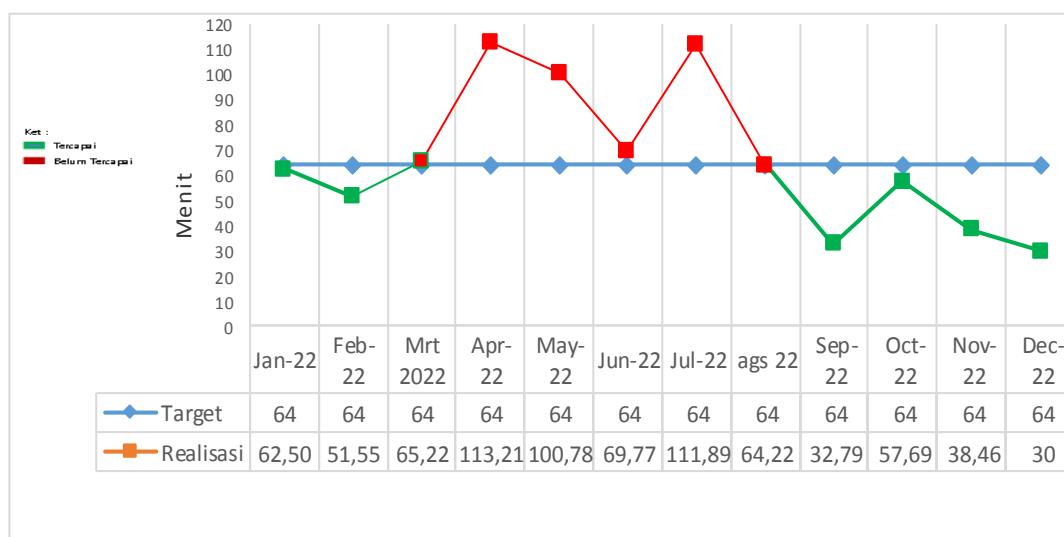
$$\begin{aligned}
 &= (\text{Jumlah kematian neonatal dini}/\text{Jumlah lahir hidup}) \times 1000 \\
 &= (111/1.621) \times 1000 \\
 &= 68,48\%
 \end{aligned}$$

Nilai normatif AKB adalah sebagai berikut: ■ 70 sangat tinggi, ■ 40 – 70 tinggi, ■ 20-39 sedang, ■ dan <20 rendah.

Capaian Angka Kematian Neonatal Dini (AKND) pada tahun 2022 ditargetkan sebesar 47‰, realisasi mencapai 68,48‰ atau 93,01%. Progres capaian kinerja Tahun 2022 terhadap jangka panjang menengah tahun 2024 terpenuhi sebesar 77,72%. Jika dilihat dari nilai normatif AKB nasional (dalam BPS), capaian AKND RSHS masuk dalam kategori tinggi.

Capaian Angka Kematian Neonatal Dini dalam RSB dilaporkan secara tahunan, menunggu denominator mencapai 1000 kelahiran hidup agar capaian lebih valid dengan jumlah populasi yang cukup. Capaian Januari sampai dengan Desember 2022 menurun bila dibandingkan dengan capaian Januari sampai dengan Desember 2021 diakibatkan jumlah kasus rujukan bayi baru lahir yang mengalami peningkatan di RSHS terutama karena prematuritas dan sepsis.

**Grafik 3.3  
Angka Kematian Neonatal Dini Periode Januari-Desember 2022**



#### Analisa Kendala/hambatan:

1. Kasus-kasus neonatal di RSHS merupakan kasus rujukan dari daerah Jabar, sehingga banyak yang merupakan kasus-kasus sulit yang memerlukan tindakan dan terapi yang lebih tinggi dibanding RS perujuk
2. Peningkatan jumlah kasus infeksi yang sulit diobati
3. Keterbatasan ketersediaan sarana, prasarana dan obat-obatan

4. Rasio nakes: pasien yang belum sesuai standar. Berdasarkan perhitungan beban kerja, untuk 10 kapasitas ruang NICU dibutuhkan 25 perawat (saat ini 22) dan ruang Anturium terdapat 45 perawat dari permintaan 60 perawat jika kapasitas BOR 100% (55 bayi)
5. Kapasitas perawatan ruang NICU masih terbatas, diharapkan bisa 14 bed, saat ini hanya 10-11 bed

### **Langkah strategis perbaikan**

1. Peningkatan sarana dan prasarana penunjang untuk perawatan bayi dengan resiko tinggi terutama alat bantu napas invasif dan non invasif
2. Penambahan jumlah SDM, terutama perawat
3. Penambahan kapasitas NICU beserta alat dan SDM
4. Pemenuhan obat-obatan yang terkait terapi RSD dan infeksi ditingkatkan
5. Pelatihan kemampuan SDM
6. Koordinasi pencegahan infeksi di ruang neonatal
7. Penurunan jumlah kapasitas rawat ruang Anthurium dan NICU
8. Pengawasan cuci tangan dan penyimpanan pekerjaan yang lebih baik

### **Rekomendasi**

1. Mengadakan pelatihan cuci tangan dan pencegahan infeksi pada neonatus, bekerjasama dengan divisi infeksi Departemen Ilmu Kesehatan Anak
2. Melakukan analisa kembali terkait sumber daya manusia dan sumber daya lainnya seperti sarana dan prasarana yang tersedia untuk optimalisasi pelayanan
3. Pemasangan CCTV untuk pengawasan kepatuhan cuci tangan

### **Bukti Kegiatan**

UPAYA TINDAKLANJUT	DATA DUKUNG (SK/Panduan/SOP/UMAN/Foto Kegiatan/dll)	KETERANGAN
1. Pengadaan NIPPV sebagai alat bantu napas non invasive untuk bayi prematur dengan RDS. 2. Penambahan infant warmer dan incubator untuk ruang anthurium dan NICU		Mendapatkan tambahan 10 alat NIPPV CNO Medin

UPAYA TINDAKLANJUT	DATA DUKUNG (SK/Panduan/SOP/UMAN/Foto Kegiatan/dll)	KETERANGAN
1. Pembelian AC di ruang HCU atas saran dari tim pengendalian infeksi dan patologi klinik, agar sirkulasi udara lebih baik.		Masih memakai dana pribadi, sedang pengajuan re-em bers pada pihak RSBS

UPAYA TINDAKLANJUT	DATA DUKUNG (SK/Panduan/SOP/UMAN/Foto Kegiatan/dll)	KETERANGAN
1. Pengadaan pelatihan resusitasi dan stabilisasi pada bayi baru lahir yang diikuti oleh semua perawat yang merawat bayi baru lahir.		Menggunakan dana ISDB

#### 4. Persentase Utilisasi Ruangan Operasi

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2021 dan Tahun 2022 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

**Tabel 3.5**  
**Capaian Presentase Utilisasi Ruangan Operasi**

Capaian Persentase Utilisasi Ruangan Operasi	Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target
	52%	44,42%	65%	65,84%	75%
<b>Capaian</b>		85,42%		101,29%	87,78%

Persentase utilisasi ruangan operasi adalah waktu aktual yang diperlukan untuk melakukan tindakan operasi di tambah turn over (waktu perpindahan operasi) dibagi dengan waktu yang tersedia.

Formula persentase utilisasi ruang operasi adalah jumlah waktu yang digunakan sejak pasien masuk kamar operasi sampai dengan pasien keluar kamar operasi dibagi jumlah waktu kerja efektif dikali 100%.

**Capaian/kondisi yang dicapai:**

### Perhitungan Persentase utilisasi ruangan operasi

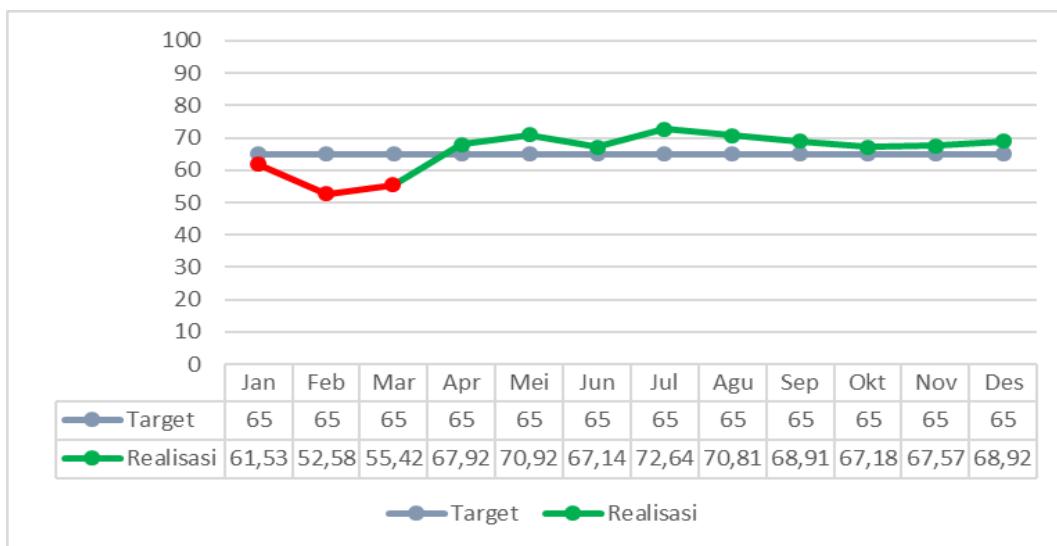
$$\begin{aligned}
 &= \text{jumlah waktu yang digunakan sejak pasien masuk kamar operasi sampai dengan pasien keluar kamar operasi dibagi jumlah waktu kerja efektif dikali 100\%.} \\
 &= (46.624,52/70.819,5) \times 100\% \\
 &= 65,84\%
 \end{aligned}$$

Utilisasi kamar operasi pada tahun 2022 ditargetkan sebesar 65%, realisasi mencapai 65,84% atau 101,29%. Progres capaian kinerja tahun 2022 terhadap jangka panjang menengah tahun 2024 terpenuhi sebesar 87,78%.

Capaian Persentase Utilisasi Ruang Operasi Tahun 2022 meningkat 15,87% dibandingkan dengan capaian Tahun 2021.

**Grafik 3.4**

**Persentase Utilisasi Kamar Operasi Periode Januari-Desember 2022**



### Analisis kendala/hambatan

1. KSM belum menjadwalkan operasi minimal 3 per kamar per hari (kecuali kasus Bedah saraf dan Bedah Jantung)
2. Sarana dan prasarana kamar operasi belum sesuai kebutuhan
3. Jumlah SDM Perawat OK dan Anestesi belum sesuai ABK
4. Incision dan turn over time masih belum sesuai SOP
5. Kamar operasi elektif penggunaannya minimal pada hari libur dan diluar jam kerja

## Langkah strategis perbaikan

1. Rapat koordinasi antara Direktorat Medik dengan para Kepala KSM
2. Pengajuan sarana dan prasarana kamar operasi
3. Modifikasi tim kamar operasi dengan jumlah SDM yang ada
4. Mengaktifkan peran kepala ruangan dan PJ OK dalam kepatuhan pelaksanaan kegiatan operasi di lapangan
5. Mengadakan pelayanan bedah premium untuk pasien umum diluar jam kerja (fee for service)

## Rekomendasi

1. Memiliki media komunikasi seperti WA Grup untuk melakukan koordinasi dengan KSM terkait
2. Target operasi 3 pasien perhari setiap KSM
3. Melakukan optimalisasi pasien cadangan
4. Melakukan analisa kembali terkait SDM dan sumber daya lainnya seperti sarana dan prasarana yang tersedia untuk optimalisasi pelayanan

## Bukti kegiatan

UPAYA TINDAKLANJUT	DATA DUKUNG (SK/Panduan/SOP/UMAN/Foto Kegiatan/dll)	KETERANGAN
Rapat koordinasi antara Direktorat Medik dengan para Kepala KSM, sudah terlaksana pada tgl 7 april 2022	 	

UPAYA TINDAKLANJUT	DATA DUKUNG (SK/Panduan/SOP/UMAN/Foto Kegiatan/dll)	KETERANGAN
Pengajuan sarana dan prasarana kamar operasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sudah dibuat pengajuan kebutuhan sarana prasarana.</li> <li>- Sudah terealisasi 2 set lampu operasi, 1 set mesin anestesi, 1 set meja operasi, perbaikan AC COT Lt.3 dan Lt.4, Penggantian hepafilter.</li> <li>- Yang belum terealisasi adalah perbaikan suction sentral Gedung COT</li> </ul>	

UPAYA TINDAKLANJUT	DATA DUKUNG (SK/Panduan/SOP/UMAN/Foto Kegiatan/dll)	KETERANGAN
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapat koordinasi dengan Direktur Medik dan Direktorat SDM mengenai absensi kehadiran DPJP di OK dan reward untuk DPJP yang bekerja sampai di luar jam kerja. Rapat diadakan pada tanggal 14 September 2022.</li> </ul>	<p><b>DATA DUKUNG</b> (SK/Panduan/SOP/UMAN/Foto Kegiatan/dll)</p> <p><b>KEMENTERIAN KESIHATAN REPUBLIK INDONESIA</b> DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESIHATAN BAGIAN PENGETAHUAN DAN PENINGKATAN KINERJA TINJAUAN KINERJA DAN PENINGKATAN KINERJA DI LAMPUUNG TAHUN 2022 LAMPUUNG, 14 SEPTEMBER 2022 www.rshs.go.id</p> <p><b>Surat Edaran</b> Nomor : LAM-01-GZK/18287/1022 Tgl : 13 September 2022</p> <p>1. TM Rumah RSHS 2. Rapat Koordinasi Absensi Kehadiran Rumah Sakit 3. Raport Pelajaran Medis 4. Koordinator Penelitian dan Pengembangan Ajaran 5. Koordinator Bagian SDM 6. Kepala Instalasi RSHS 7. Kepala KSM Patologi Anatomisi 8. Kepala KSM Pathogenik</p> <p>Mengingat pertimbangan atas ketebut, maka kami mohon agar hadir tepat waktu. Atau perbaikan datang segera pada pagi hari kantor kerja.</p> <p><b>Surat Edaran</b> Yang Terhormati, Kepala Instalasi Pelayanan Medis Koordinator Penelitian dan Pengembangan Koordinator akutansi dan barang milik negara Kepala Instalasi Rawat Jalan Kepala Instalasi Rawat Inap Kepala Instalasi Bedah Sentral Kepala Instalasi Farmasi Kepala Instalasi Radiologi Kepala Instalasi Kesehatan Masyarakat Kepala Instalasi SIRS Kepala Instalasi Kesehatan Lingkungan Kepala KSM Patologi Anatomisi Kepala KSM Pathogenik Bandung</p> <p>Menindaklanjuti alur yang telah diusulkan oleh Instalasi Bedah Sentral ada beberapa hal yang perlu diperbaiki. Untuk itu dalam surat ini kami mengundang Dokter/Bapak/Ibu Koordinator dan rapat koordinasi , yang akan diselenggarakan pada :</p> <p>Har/ Tanggal : 14.09.2022 Tempat : Kantor Direktur pelayanan dan Keperawatan Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terimakasih</p> <p>Pt. Direktorat Pelayanan Medis, Keperawatan dan Penunjang Dr. Zuhriyanti, Sp.OG(K),M.Kes Mohon maaf Undangan resmi ini melalui WA</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>Saat ini sedang dilakukan uji coba absensi DPJP di OK</li> <li>Belum ada kesepakatan mengenai reward untuk DPJP yang melakukan Tindakan operasi diluar jam kerja.</li> </ul>

UPAYA TINDAKLANJUT	DATA DUKUNG (SK/Panduan/SOP/UMAN/Foto Kegiatan/dll)	KETERANGAN
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pelayanan Bedah Premium ( operasi pasien umum di luar jam kerja)</li> </ul>	<p><b>DATA DUKUNG</b> (SK/Panduan/SOP/UMAN/Foto Kegiatan/dll)</p> <p><b>Surat Edaran</b> Yang Terhormati, Kepala Instalasi Pelayanan Medis Koordinator Penelitian dan Pengembangan Koordinator akutansi dan barang milik negara Kepala Instalasi Rawat Jalan Kepala Instalasi Rawat Inap Kepala Instalasi Bedah Sentral Kepala Instalasi Farmasi Kepala Instalasi Radiologi Kepala Instalasi SIRS Kepala Instalasi Kesehatan Masyarakat Kepala KSM Patologi Anatomisi Kepala KSM Pathogenik Bandung</p> <p>Menindaklanjuti alur yang telah diusulkan oleh Instalasi Bedah Sentral ada beberapa hal yang perlu diperbaiki. Untuk itu dalam surat ini kami mengundang Dokter/Bapak/Ibu Koordinator dan rapat koordinasi , yang akan diselenggarakan pada :</p> <p>Har/ Tanggal : 14.09.2022 Tempat : Kantor Direktur pelayanan dan Keperawatan Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terimakasih</p> <p>Pt. Direktorat Pelayanan Medis, Keperawatan dan Penunjang Dr. Zuhriyanti, Sp.OG(K),M.Kes Mohon maaf Undangan resmi ini melalui WA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pola tarif tindakan operasi masih belum final</li> <li>Pembayaran jasa medis dokter dan perawat sudah lebih baik</li> </ul>

## 5. Jumlah Penelitian Yang Diterapkan Pertahun

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2021 dan Tahun 2022 serta terhadap jangka menengah tahun 2024, yaitu :

**Tabel 3.6**  
**Capaian Jumlah Penelitian yang Diterapkan Pertahun**

Jumlah Penelitian yang diterapkan pertahun	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target
5 buah		5 buah	7 buah	7 buah	11 buah
<b>Capaian</b>		100%	100%		63,63%

Jumlah penelitian staf medis dan non-medis RSHS selama setahun yang diterapkan dalam pelayanan RS. Jumlah hasil penelitian yang diterapkan dibuktikan dengan perubahan dan/atau kebijakan layanan dapat berupa SK/SPO/ Panduan praktek Klinik/Clinical Pathway/alur/algoritma pertahun. Penelitian tidak harus dipublikasikan.

Formula perhitungan Jumlah penelitian yang diterapkan pertahun adalah jumlah hasil penelitian yang diterapkan dibuktikan dengan perubahan dan/atau kebijakan layanan dapat berupa SK/SPO/Panduan praktek Klinik/Clinical Pathway/alur/algoritma.

### Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan jumlah penelitian yang diterapkan pertahun :

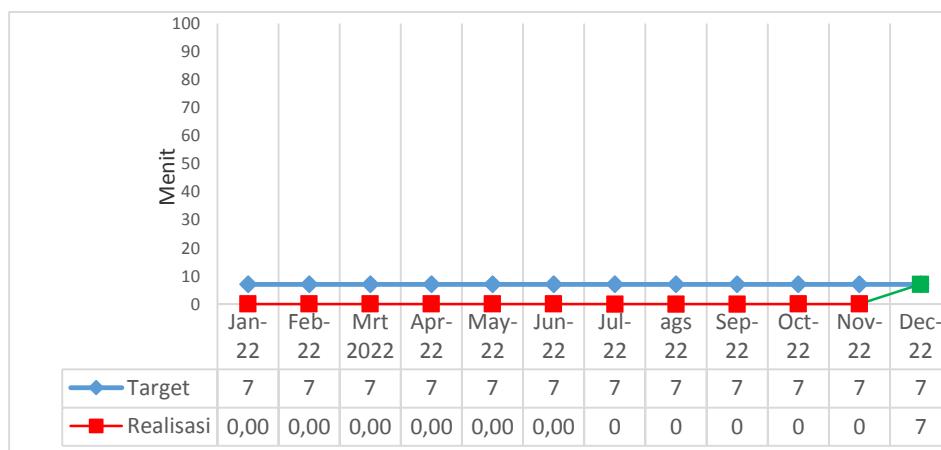
Jumlah penelitian yang diterapkan pertahun = 7 buah

Jumlah penelitian yang diterapkan pertahun pada tahun 2022 ditargetkan sebanyak 7 Buah, realisasi mencapai 7 hasil penelitian atau 100%. Progres capaian kinerja Tahun 2022 terhadap jangka panjang menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 63,63%.

**Grafik 3.5**

#### Jumlah Penelitian yang Diterapkan Pertahun

Periode Januari-Desember 2022



Capaian Tahun 2022 telah mencapai target, namun dalam proses pencapaianya masih terdapat kendala yang di hadapi:

#### Analisis kendala/hambatan

1. Banyak Peneliti masih dalam proses penelitian
2. Keterbatasan dana untuk penelitian dan publikasi hasil penelitian.
3. Belum ada program maupun sarana prasarana untuk penguatan penelitian, diantaranya:
  - a. SK atau ketentuan mengenai pemberian insentif publikasi sebagai Reward bagi Peneliti untuk penelitian terapan.
  - b. Program/aplikasi digital untuk kegiatan administrasi penelitian dan monev penelitian.
  - c. Fasilitas penelitian uji klinik belum terpenuhi
  - d. Belum ada kegiatan Monev penelitian yang sesuai dengan CUKB

## Langkah strategis perbaikan

1. Program bantuan biaya penelitian pegawai untuk penelitian terapan
2. Program Pengembangan Sarana Uji Klinik
3. Program Peningkatan Kapasitas Peneliti
4. Program Pemberian Insentif Penelitian dan Publikasi

## Rekomendasi

1. Output indikator dihitung pertahun, namun monev dilakukan pertriwulan untuk tahapan proses
2. Tahun 2023 diperlukan dukungan dana dan sarana uji klinik untuk penelitian yg berdampak terhadap pelayanan RS

## Bukti Kegiatan

### Seleksi Penelitian yang Diterapkan Tanggal 9 November 2022



Nomor : UM.02.02/X.2.2.1/[232.02](#)/2022  
Hal : Undangan Presentasi Usulan Penelitian  
3 November 2022

Kepada :  
dr. Nur Melani Sari, Sp.A(K), M.Kes.  
KSM. Ilmu Kesehatan Anak  
RSUP Dr. Hasan Sadikin  
Bandung

Sehubungan dengan Program Penelitian Pegawai yang menjadi Indikator RSB RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung berupa penelitian yang hasilnya dapat diterapkan dalam pelayanan RS dan menjadi acuan bagi Pimpinan RS untuk membuat kebijakan dalam memperbaiki mutu pelayanan di RSHS, dimana telah diterima hasil penelitian yang berjudul "The effect of oocyte denudation time and intracytoplasmic sperm injection time on embryo quality at assisted reproductive technology clinic – A cross-sectional study" atas nama dr. Dian Tajhyadi, Sp.OG, Subsp.F.E.R, MM.RS untuk menjadi kandidat dalam program Penelitian yang Diterapkan di RSHS, maka dengan ini kami mengharap kehadiran ibu dan tim Peneliti untuk dapat mempresentasikan hasil penelitian untuk pembuatan kebijakan pelayanan RS, pada:

Hari/Tanggal : Rabu, 9 November 2022  
Waktu : Pukul 13.00 s.d. selesai  
Tempat : Ruang Perpustakaan Gedung Diklit Lantai 2  
Agenda : Pemaparan hasil penelitian dan rancangan kebijakannya

Atas perhatian dan kerja sama yang baik, kami sampaikan terima kasih.

**Direktur SDM, Pendidikan, dan Penelitian**  
dr. I Gusti Lansen Suartana Putra, MM., MARS.  
NIP. 196401281990031002



## 6. Persentase Pelayanan Pasien yang Menggunakan Electronic Medical Record (EMR)

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2021 dan 2022 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

**Tabel 3.7**  
**Capaian Persentase Pelayanan Pasien yang Menggunakan Electronic Medical Record Tahun 2022**

Persentase Pelayanan Pasien yang Menggunakan Electronik Medical Record (EMR)	Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target
	100%	100%	100%	64,51%	100%
<b>Capaian</b>	100%		64,51%		64,51%

Electronic Medical Record (EMR) atau Rekam Medis Elektronik adalah catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien dalam bentuk elektronik. Pelayanan pasien adalah asesmen dan asuhan yang diberikan pada pasien yang harus didokumentasikan dalam rekam medis. Pelayanan pasien yang didokumentasikan meliputi : Assesmen, tindakan, pemeriksaan penunjang, peresepan obat, ringkasan pulang dan rujukan internal/eksternal.

Formula yang digunakan untuk perhitungan persentase pelayanan pasien yang menggunakan Electronic Medical Record (EMR) adalah jumlah pasien dengan dokumentasi pelayanan menggunakan EMR dibagi dengan jumlah pasien yang dilayani.

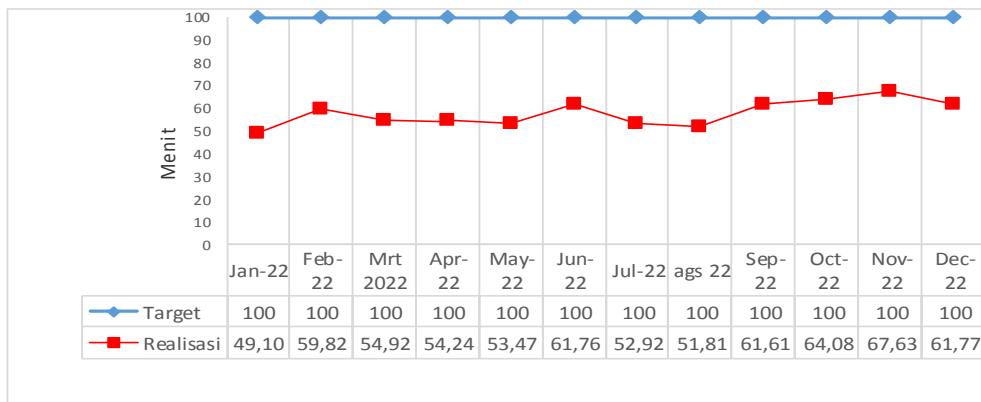
**Capaian/Kondisi yang dicapai:**

jumlah pasien dengan dokumentasi pelayanan menggunakan EMR dibagi dengan jumlah pasien yang dilayani :

$$271.365 / 420.666 = 64,51\%$$

Persentase pelayanan pasien yang menggunakan Electronic Medical Record (EMR) pada triwulan IV tahun 2022 ditargetkan sebesar 100%, realisasi mencapai 64,51%. Capaian Tahun 2022 menurun dibanding Tahun 2021 karena telah dilakukan perubahan kamus indikator sehingga berbeda definisi operasional dan formula perhitungannya. Progres capaian kinerja Tahun 2022 terhadap jangka panjang menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 64,51%.

**Grafik 3.6  
Persentase pelayanan pasien yang menggunakan Electronic Medical Record (EMR) Periode Januari-Desember 2022**



### Analisis kendala/hambatan

1. Sering terjadinya downtime pada triwulan IV Tahun 2022
2. Beberapa User menyatakan aplikasi EMR kurang user friendly
3. Beberapa dokter menyatakan belum tersosialisasi penggunaan EMR, dan Sosialisasi saat pra PPDS melalui daring tidak efisien, terbukti dengan residen yang menyatakan belum tersosialisasikan penggunaan EMR
4. Ketidak jujuran PPA dalam menyatakan sudah mengisi EMR

### Langkah strategis perbaikan

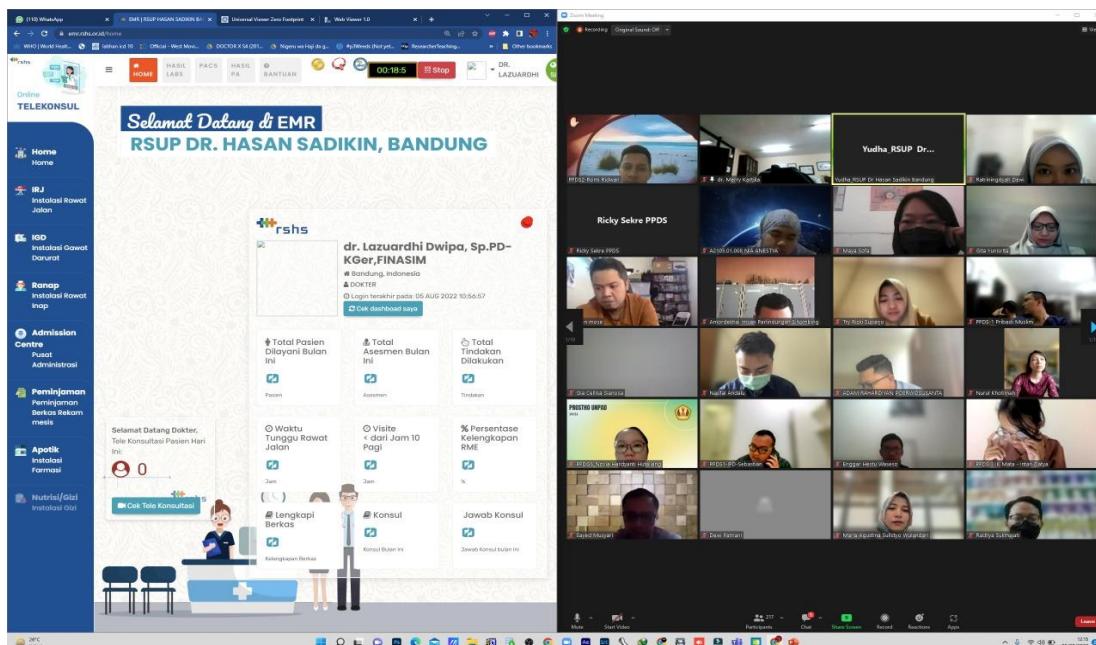
1. Berkoordinasi dengan SIRS terkait network yang tidak stabil dan mengevaluasi vendor penyedia layanan internet
2. upaya tindak lanjut mengenai perbaikan aplikasi EMR :
  - Perbaikan menu EMR dengan menambahkan fitur copy paste, perbaikan cara melihat Riwayat yang lebih mudah
  - Perbaikan fungsi serah terima pasien dan dalam bentuk SBAR
  - Perbaikan fungsi Koreksi untuk PPA
  - Perbaikan fungsi menu Pelaporan nilai kritis yang terintegrasi dengan perencanaan pasien
3. Melakukan pendekatan sosialisasi Hands-on langsung ke PPA dalam menjelaskan pengisian rekam medis
4. Sudah dilakukan tracking login harian bagi PPA untuk pembuktian terbalik saat menyatakan sudah mengisi EMR

## Rekomendasi

1. Perbaikan menu EMR sesuai masukan PPA
2. Sosialisasi secara efektif penggunaan EMR kepada PPDS dan PPA
3. Pendampingan dari Tim SIRS dan Rekam Medik kepada PPDS dan PPA untuk penggunaan EMR

## Bukti Kegiatan

### sosialisasi DPKO dan EMR



## 7. Persentase Kejadian Infeksi Daerah Operasi

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2021 dan Tahun 2022 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

**Tabel 3.8**  
**Capaian Persentase Kejadian Infeksi Daerah Operasi**

Realisasi Presentase Kejadian Infeksi Daerah Operasi	Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	$\leq 2\%$	0,65%	$\leq 1,5\%$	0,80	$\leq 1\%$	< 2
Capaian	167,50%		146,50	119,75%	100%	

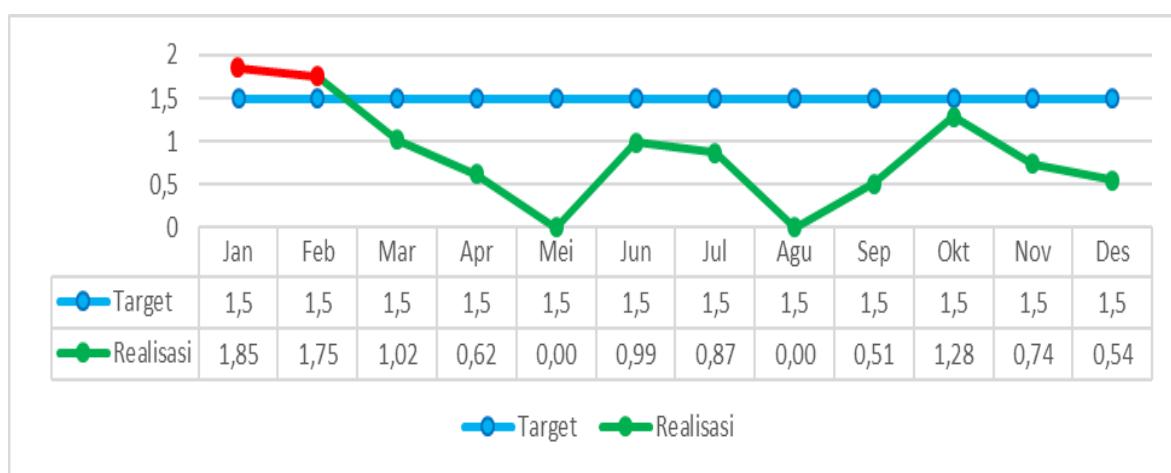
Infeksi daerah operasi adalah infeksi yang terjadi pada daerah insisi daerah operasi dalam waktu 30 hari tanpa implan dan 90 hari dengan implan pasca bedah. Formula yang digunakan yaitu jumlah kasus infeksi daerah operasi klasifikasi bersih dan bersih terkontaminasi) dalam satu bulan (orang)/jumlah kasus operasi klasifikasi bersih dan bersih terkontaminasi dalam bulan yang sama) x 100%.

#### **Capaian/kondisi yang dicapai:**

Jumlah kasus infeksi daerah operasi dalam satu bulan (orang) /  
 Jumlah seluruh pasien operasi x 100%  
 $= (33/4112) \times 100\% = 0,80\%$

Persentase kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO) pada Tahun tahun 2022 yaitu 0,80%. Angka tersebut mencapai target yaitu <1,5 %. Terdapat penurunan capaian kinerja dibanding Tahun 2021 sebesar 21%. Progres capaian kinerja Tahun 2022 terhadap jangka panjang menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 119,75%. Jika dibandingkan dengan standar nasional sudah terpenuhi 100% yaitu <2.

**Grafik 3.7**  
**Persentase kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO)**  
**Periode Januari-Desember 2022**



#### **Analisis kendala/hambatan**

1. Waktu yang terbatas ketika melakukan sosialisasi dan edukasi kepada nakes karena ketika saat pelayanan yang sibuk
2. Surveilans Dapat dilaksanakan walaupun sekarang perawatan bedah tidak tersentral

3. belum ada realisasi perbaikan di ruang OK, salah satunya magnahelic yang tidak berfungsi/rusak, RO untuk pencucian alat endoskopi rusak, tidak ada mesin washer, dll

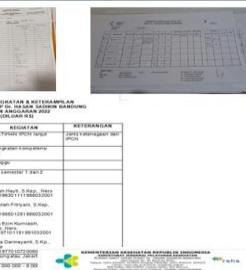
### Langkah strategis perbaikan

1. Koordinasi dilaksanakan saat rapat bulanan
2. Melanjutkan surveilans
3. Akan mengajukan kegiatan pelatihan untuk kegiatan pengembangan SDM
4. Melakukan usulan perbaikan sarana prasarana

### Rekomendasi

1. Sosialisasi dan edukasi kepada nakes tentang Infeksi Daerah Operasi
2. Peningkatan penerapan bundle Infeksi Daerah Operasi
3. Evaluasi pelaksanaan bundle Infeksi Daerah Operasi
4. Analisa kebutuhan pengembangan SDM dan sarana prasarana

### Bukti Kegiatan

UPAYA TINDAKLANJUT	DATA DUKUNG (SK/Panduan/SOP/UMAN/Foto Kegiatan/dll)	KETERANGAN
<p>1. Koordinasi dilaksanakan saat rapat bulanan (luring/daring)</p> <p>2. mengajukan kegiatan pelatihan untuk kegiatan pengembangan SDM</p> <p>3. Melakukan usulan perbaikan sarana dan prasarana</p>	   	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koordinasi dan sosialisasi perawatan bedah</li> <li>• Form Surveilans IDO di ruangan</li> <li>• Usulan program pengembangan SDM</li> <li>• Surat usulan perbaikan magnahelic di ruang OK</li> </ul>

### 8. Persentase pasien yang memenuhi standar WTRJ <60 menit

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2021 dan 2022 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

**Tabel 3.9**  
**Capaian Persentase pasien yang memenuhi standar WTRJ <60 menit**

Presentase pasien yang memenuhi standar WTRJ <60 menit	Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target
					80%
<b>Capaian</b>	109,59%		97,60%		90,01%

Percentase pasien yang memenuhi standar WTRJ <60 menit adalah persentase pasien rawat jalan dengan waktu tunggu tidak lebih dari 60 menit dari seluruh pasien yang terdaftar di rawat jalan. Formula yang digunakan yaitu jumlah pasien rawat jalan yang terdaftar dan dilayani dokter < 60 menit dibagi jumlah seluruh pasien yang terdaftar di rawat jalan dikali 100%.

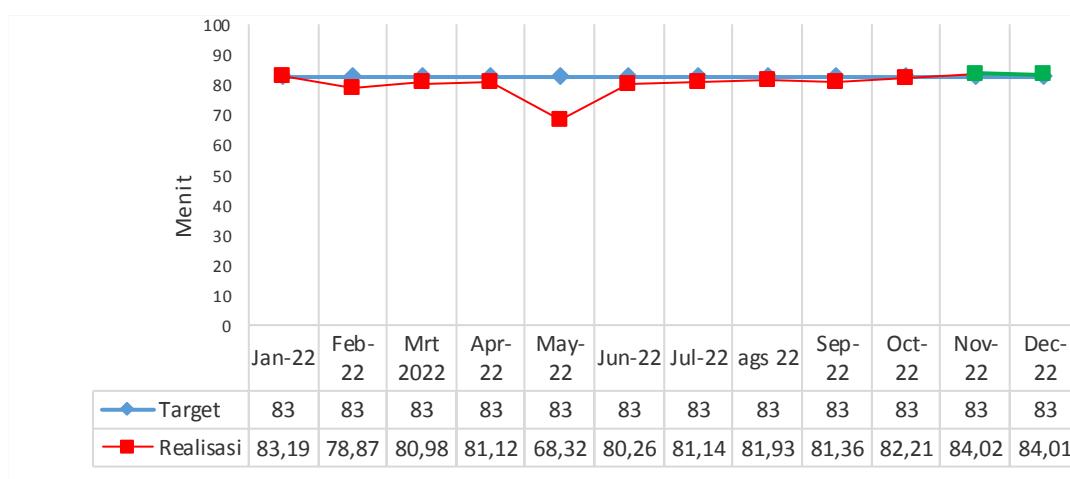
#### **Capaian/kondisi yang dicapai:**

Perhitungan Persentase pasien yang memenuhi standar WTRJ :

Jumlah pasien yang terdaftar dan dilayani dokter < 60 menit dibagi seluruh pasien yang terdaftar di rawat jalan x 100%  
 $= (110.548 / 136.459) \times 100\%$   
 $= 81,01\%$

Percentase pasien yang memenuhi standar WTRJ < 60 menit pada tahun 2022 ditargetkan 83%, realisasi sebesar 81,01% atau capaian 97,60%. Capaian Persentase pasien yang memenuhi WTRJ dibawah 60 menit pada tahun ini mengalami penurunan dibanding Tahun 2021 sebesar 11,99%, dikarenakan Tahun 2022 perhitungan WTRJ sudah berdasarkan sistem yaitu menggunakan data EMR sedangkan perhitungan WTRJ Tahun 2021 masih secara manual sampling. Progres capaian kinerja Tahun 2022 terhadap jangka panjang menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 90,01%.

**Grafik 3.8**  
**Persentase Pasien yang Memenuhi Standar WTRJ < 60 menit**  
**Periode Januari-Desember 2022**



#### **Analisis kendala/hambatan :**

1. Ketepatan Mulai Pelayanan: data Tahun 2022: 76,45% klinik terlambat memulai pelayanan
  2. Kepatuhan pengisian EMR belum optimal
  3. Kapasitas klinik (jumlah dokter dan ruang periksa)
  4. Kedatangan pasien (check-in) lebih cepat dari jadwal yg ditentukan

### **Langkah strategis perbaikan**

1. Membuat aplikasi SIGN DOKTER untuk memantau ketepatan mulai pelayanan klinik, melengkapi whatsapp group yg sudah ada sebelumnya.
  2. Mendorong pengisian EMR yang lengkap dan tepat waktu
  3. Mendorong pemanfaatan ruang klinik secara optimal dan penambahan dokter yang bertugas
  4. Membuat system pencatatan waktu check-in pasien yang disesuaikan dengan jadwal pelayanan.

## Rekomendasi

1. Berkordinasi dengan SIRS untuk aplikasi mulai pelayanan
  2. Membuat feedback daftar klinik yang terlambat memulai layanan
  3. Berkoordinasi dan sosialisasi dengan KSM untuk meningkatkan kepatuhan waktu mulai pelayanan dan ketepatan pengisian data EMR
  4. Membuat jadwal yang lebih efektif terkait kedatangan dan pemeriksaan pasien

## Bukti Kegiatan

UPAYA TINDAK LANJUT	DATA DUKUNG (SK/Panduan/SOP/UMAN/Foto Kegiatan/dll)	KETERANGAN
Membuat aplikasi SIGN DOKTER untuk memantau ketepatan mulai pelayanan klinik	<p style="text-align: center;">  <b>KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA</b>          DEPARTEMEN KESATUAN PELAYANAN KEPERAWATAN          BAGIAN PENGETAHUAN DAN PENGEMBANGAN          TEKNOLOGI (BPPN)   JALAN KEMERDEKAAN NO. 101, KOTA          JAKARTA PUSAT 10110   TELEFON (021) 52941000, 52941001, 52941002          FAX (021) 52941003   E-MAIL: <a href="mailto:skd@kemkes.go.id">skd@kemkes.go.id</a>, <a href="mailto:ppn@kemkes.go.id">ppn@kemkes.go.id</a>, <a href="mailto:ppn@bnn.go.id">ppn@bnn.go.id</a>, <a href="mailto:ppn@bnn.go.id">ppn@bnn.go.id</a>   <b>BNN</b> </p> <p style="text-align: center;"><b>INITA DINAS</b> NOMOR : UMKL.05.05X-A.4.2/2023</p> <p>         Yth. : Kapala KOGAB          Kapala Instansi Rencana Jalin          Hpt. : UPTD KOGAB          Tanggal : 06 Januari 2023       </p> <p>         Menimbang surat edaran dari Pt. Direktor Pelayanan Medis, Keparawatan dan Penunjang N          nomor : DPM-KL.05.05X-A.4.2/2022 tentang pengelolaan akhir mardab sektor SIGN DOKTER, yang berl          berlaku pada tanggal 01 Januari 2023, dan          Mengingat          1. Data keberadaan pasien di rumah sakit yang dilakukan oleh petugas kesehatan dalam bentuk tanda tangan pada dokumen administrasi pasien yang dilakukan secara manual.          2. Data keberadaan pasien pada aplikasi adalah kebutuhan jasa kesehatan dan kebutuhan pemeliharaan, se          usulnya dilakukan dengan menggunakan teknologi informasi dan teknologi komunikasi.          3. Untuk melaksanakan tanda tangan elektronik pada aplikasi yang memenuhi ketuntasan di ranah          teknologi dan ketentuan hukum.          2. Waktu mulai pelajaran adalah pada 07.30, dengan terakhir pelajaran selama 10 menit.          3. Pelajaran ini dibagi dalam dua bagian yakni bagian I dan II.          4. Kehadiran peserta pelajaran ditandai dengan verifikasi alamat instansi.          5. Pelajaran ini dibuka untuk seluruh peserta pelajaran yang terdaftar di sistem pelajaran mengenai          an umumnya dan pascasarjana mengingat-mengingat (DP2M-PPIK).          6. Peserta pelajaran yang tidak hadir pada pelajaran ini akan diambil alih oleh ketua pelajaran          dan kisi-kisi tembol "ABSI2021".          7. Jika ada hal yang ingin ditanyakan silahkan menghubungi : Dr. Dedi Supriyadi, Sp.PK di pesel 3388          Denpasar, bali, atau          Dr. dr. Herlina Sudarmo, M.Kes., Sp.THT-KL(BK)       </p> <p style="text-align: center;">           Dr. dr. Herlina Sudarmo, M.Kes., Sp.THT-KL(BK)       </p>	<p style="text-align: center;">Uji coba bulan Januari</p> 

## 9. Waktu Tunggu Sebelum Operasi Elektif $\leq 2$ hari

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2021 dan 2022 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

**Tabel 3.10**  
**Capaian Waktu Tunggu Sebelum Operasi Elektif  $< 2$  hari**

Realisasi Waktu Tunggu Sebelum Operasi Elektif $< 2$ hari	Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target
	1,5	2	1,5	2	2
<b>Capaian</b>	133,33%		133,33		100%

Waktu tunggu Sebelum Operasi Elektif adalah rata-rata waktu tunggu (jam) sejak pasien masuk rawat inap dengan rencana operasi elektif sampai dengan operasi dilaksanakan. Formula yang digunakan yaitu jumlah seluruh waktu (jam) sejak pasien masuk rawat inap dengan rencana operasi sampai operasi dilaksanakan dibagi jumlah seluruh pasien yang dilakukan operasi elektif.

kriteria penilaian untuk perhitungan WTE :

- WTO  $\leq 2$  hari skor 2
- WTO  $< 3$  hari skor 1,5
- WTO  $> 5$  hari skor 1
- WTO  $> 5$  hari skor 0,5

**Capaian/kondisi yang dicapai:**

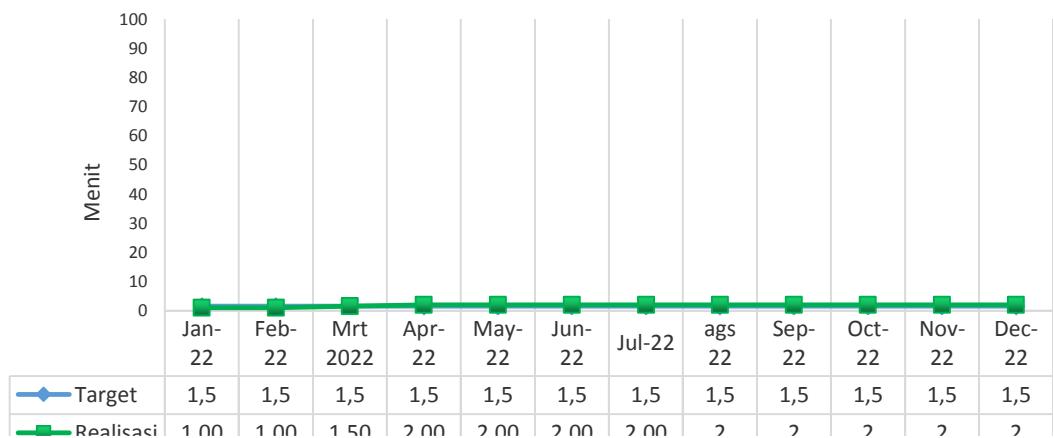
Perhitungan waktu tunggu sebelum operasi elektif  $< 2$  hari :

Jumlah seluruh waktu (jam) sejak pasien masuk rawat inap dengan rencana operasi sampai operasi dilaksanakan dibagi jumlah seluruh pasien yang dilakukan operasi elektif.

$$= 200.559,93 / 4.730 = 42,40 \text{ (WTO } \leq 2 \text{ hari Skor 2)}$$

Capaian waktu Tunggu sebelum Operasi Elektif  $\leq 2$  hari pada tahun 2022 ditargetkan sebesar 1,5 realisasi mencapai 2 atau 133,33%. Progres capaian kinerja Tahun 2022 terhadap jangka menengah tahun 2024 terpenuhi sebesar 100%. Realisasi Tahun 2022 sudah terpenuhi, walaupun capaian bervariasi tetapi masih dalam batas target yang ditentukan.

**Grafik 3.9**  
**Capaian Waktu Tunggu Sebelum Operasi Elektif**  
**Periode Januari-Desember 2022**



#### Analisis kendala/hambatan:

Didalam proses Input/pengolahan data dari tiap ruangan:

1. Beberapa ruangan masih terdapat perbedaan persepsi terkait hasil akhir penghitungan data saat pengumpulan data (kriteria Inklusi dan ekslusi)
2. Masih ada pasien baru yang terjadwal operasi hari senin masuk rawat inap di hari Jumat s.d. Minggu.

#### Langkah strategis perbaikan

1. Validasi data oleh PIC ruangan
2. Sosialisasi persamaan persepsi tentang pengumpulan data dan pelaksanaan validasi oleh validator disetiap ruangan sebelum dilaporkan.
3. Koordinasi dengan petugas admision Centre untuk memobilisasi pasien yang sudah terjadwal operasi.

#### Rekomendasi

1. Koordinasi dengan SIRS untuk penggunaan sistem aplikasi Pengumpulan data WTE
2. Membuat kebijakan untuk pasien yang terjadwal operasi masuk rawat inap H-1

## Bukti Kegiatan

UPAYA TINDAKLANJUT	DATA DUKUNG (SK/Panduan/SOP/UMAN/Foto Kegiatan/dll)	KETERANGAN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Validasi data</li> <li>• Sosialisasi persamaan persepsi tentang pengumpulan data dan pelaksanaan validasi oleh validator disetiap ruangan sebelum dilaporkan.</li> <li>• Koordinasi dengan petugas admision Centre untuk memobilisasi pasien yang sudah terjadwal operasi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• KAMUS INDIKATOR</li> <li>• PROFL INDIKATOR MUTU IRI</li> <li>• Ada kebijakan tentang alur pasien masuk pre operasi</li> </ul>	

## 10. Kepatuhan Waktu Visite Dokter Penanggung Jawab Pelayanan/DPJP

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2021 dan 2022 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

**Tabel 3.11**  
**Capaian Kepatuhan Waktu Visite Dokter Penanggung Jawab elayanan/DPJP**

Kepatuhan Waktu Jam Visite Dokter Penanggungjawab Pelayanan/DPJP	Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024	Standar Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Target
	84%	95,45%	90%	99,14%	95%	80%
Capaian	113,63%		110,15%		104,35%	123,93%

Kepatuhan Waktu Visite Dokter Penanggungjawab Pelayanan/DPJP adalah waktu kunjungan DPJP untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggungjawabnya setiap hari pada hari kerja. Formula perhitungan yang digunakan adalah [(jumlah visite pasien  $\leq$  pukul 10.00 x 100) + (jumlah visite pasien > jam 10.00 sd. 12.00 x 50) + (jumlah visite pasien > jam 12.00 x 0) pada hari kerja] dibagi jumlah kegiatan visite pasien yang dilakukan DPJP pada hari kerja

**Capaian/kondisi yang dicapai :**

Perhitungan kepatuhan waktu visite DPJP :

$$\{[(\text{jumlah pasien} \leq \text{pukul } 10.00 \times 100) + (\text{jumlah pasien} > \text{jam } 10.00 \text{ sd. } 12.00 \times 50) + (\text{jumlah pasien} > \text{jam } 12.00 \times 0)] \text{ pada hari kerja}\} \text{ dibagi jumlah kegiatan pasien yang dilakukan DPJP pada hari kerja} \times 100 \\ = 7.016.475 / 70.776 = 99,14\%$$

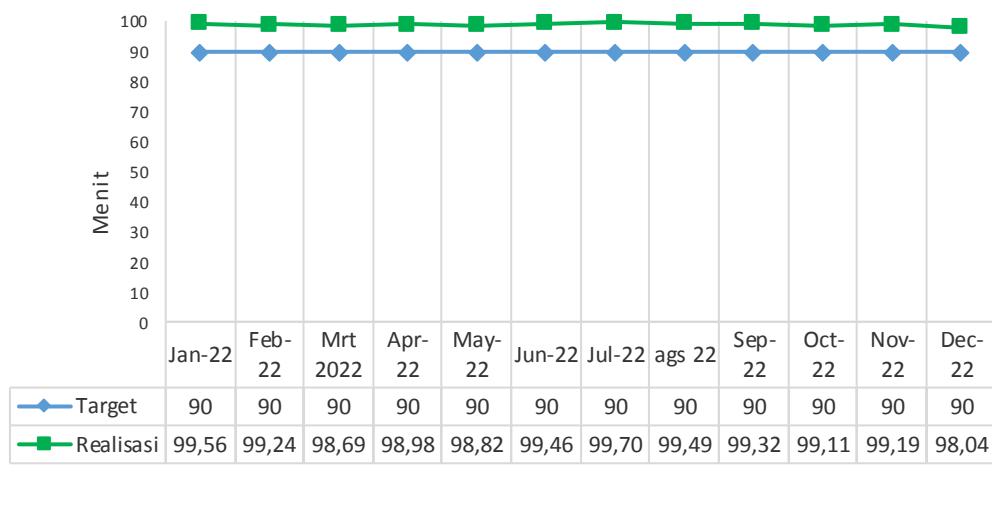
Capaian Kepatuhan Waktu Visite Dokter Penanggungjawab Pelayanan/DPJP pada tahun 2022 ditargetkan sebesar 90%, realisasi mencapai 99,14% atau 110,15%. Capaian Tahun 2022 mengalami penurunan sebesar 3,48% dibanding Tahun 2021.

Progres capaian kinerja Tahun 2022 terhadap jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 104,35% dan terhadap target nasional sebesar 123,93%.

**Grafik 3.10**

**Capaian Kepatuhan Waktu Visite Dokter Penanggungjawab Pelayanan/DPJP**

**Periode Januari-Desember 2022**



**Analisis kendala/hambatan:**

1. Beberapa DPJP lupa melakukan absensi online.
2. Masih ada DPJP onsite IGD yang belum mangalihkan kepada DPJP ruangan, khususnya untuk Ruang Transit.
3. Masih ada DPJP yang visite siang (diatas jam 14.00), sebagian adalah DPJP Pendamping yang dikonsulkan siang.
4. DPJP visite siang karena pasien baru masuk dari IGD atau Poliklinik ke ruang perawatan diatas jam 14.00.
5. Pasien yang sudah pulang dan belum dibuatkan e resume masih diinputkan dalam sensus tempat tidur sehingga datanya muncul di list visite DPJP
6. Beberapa DPJP mengambil/menjalani Cuti Natal 2022 dan Tahun Baru 2023 tetapi masih tercatat sebagai DPJP dikarenakan mengikuti jadwal yang telah disusun KSM.

**Langkah strategis perbaikan**

1. Sosialisasi kepada petugas PU untuk membantu DPJP melakukan absensi Visite DPJP di ruangan.
2. Tingkatkan koordinasi PIC KSM/Divisi, Karu, dan SIRS sebelum jam 10 setiap hari kerja untuk mengingatkan DPJP yang belum visite. PIC KSM/Divisi disarankan

mengecek dashboard 30 menit sebelum jam 10 untuk memastikan semua DPJP sudah visite.

3. PU disupervisi Kepala Ruangan memastikan nama DPJP yang diinput hari itu sesuai yang seharusnya.
  4. SIRS mengembangkan sistem absensi berbasis desktop untuk absen visite DPJP
  5. DPJP yang sedang menjalani cuti dan masih terdaftar sebagai DPJP disarankan mengalihkan kepada DPJP lainnya.
  6. Mengaplikasikan sistem absensi DPJP berbasis destop yang telah dikembangkan oleh SIRS (Rencana rawat inap pada bulan Januari 2023)

## Rekomendasi

1. Berkoordinasi dengan SIRS untuk inovasi pengembangan absen sign (siaga layanan konsulen) dalam mendukung layanan transformasi Kesehatan dalam memperbaiki kehadiran DPJP memberikan Pelayanan.
  2. Himbauan kepada DPJP melalui KSM untuk selalu melakukan absensi visite online pada saat melakukan visitasi di rawat inap
  3. Melakukan pengecekan data visite online secara kontinu oleh PU

## Bukti Kegiatan



## 11. Persentase Pemeriksaan Deteksi Dini Kanker

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2021 dan 2022 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

**Tabel 3.12**  
**Capaian Persentase Pemeriksanaan deteksi dini kanker**

Realisasi Persentase Pemeriksanaan Dini Kanker	Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target
	20%	43%	35%	42,61%	50%
<b>Capaian</b>	<b>215%</b>		<b>121,74</b>		<b>85,22%</b>

Deteksi dini kanker serviks adalah pelayanan deteksi dini kanker serviks dengan cara tes IVA (pemberian asam asetat 3-5 % pada serviks) pada pasien wanita berisiko (usia 30-50 tahun dan sudah menikah) yang melakukan kunjungan pertama ke Poli Ginekologi dan Poli Onkologi Ginekologi di RSHS dan tidak menderita kanker serviks. Formula perhitungan yang digunakan adalah Jumlah pasien Poli Ginekologi dan Poli Onkologi Ginekologi pada pasien wanita berisiko (usia 30-50 tahun dan sudah menikah) yang dilakukan pemeriksaan deteksi dini kanker serviks dengan tes IVA dibagi pasien wanita berisiko (usia 30-50 tahun dan sudah menikah) yang melakukan kunjungan pertama ke Poli Ginekologi dan Poli Onkologi Ginekologi di RSHS dan tidak menderita kanker serviks

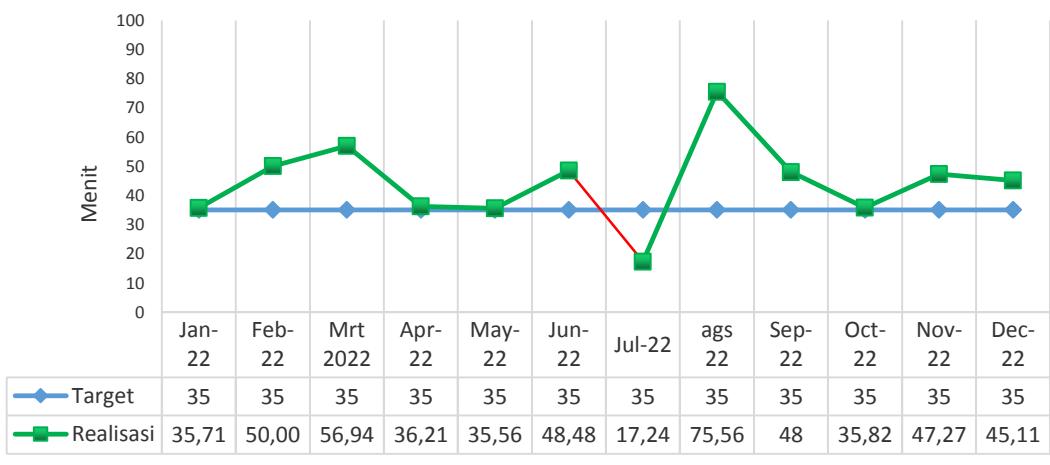
### **Capaian/kondisi yang dicapai:**

Perhitungan persentase pemeriksaan deteksi dini kanker :

Jumlah pasien Poli Ginekologi dan Poli Onkologi Ginekologi pada pasien wanita berisiko (usia 30-50 tahun dan sudah menikah) yang dilakukan pemeriksaan deteksi dini kanker serviks dengan tes IVA dibagi pasien wanita berisiko (usia 30-50 tahun dan sudah menikah) yang melakukan kunjungan pertama ke Poli Ginekologi dan Poli Onkologi Ginekologi di RSHS dan tidak menderita kanker serviks  
 $= 343 / 805 = 42,61\%$

Persentase Pemeriksaan deteksi dini kanker tahun 2022 ditargetkan 35% realisasi 42,61% atau capaian sebesar 121,74%. Capaian Tahun 2022 mengalami penurunan sebesar 93,26% dibandingkan dengan Tahun 2021. Progres capaian kinerja Tahun 2022 terhadap jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 85,22%.

**Grafik 3.11**  
**Capaian Persentase Pemeriksaan deteksi dini kanker**  
**Periode Januari-Desember 2022**



#### Analisis kendala/hambatan

110 pasien yang diperiksa IVA, hasil negatif pada 108 pasien, dan positif pada 2 pasien. 2 pasien IVA positif setuju untuk tindak lanjut kolposkopi dengan hasil tidak ditemukan kelainan.

#### Langkah strategis perbaikan

Upaya sosialisasi terus dilakukan dengan mengadakan deteksi kanker serviks kepada pegawai RSHS untuk meningkatkan persentase deteksi kanker serviks di RSHS.

#### Rekomendasi

Membuat program pemeriksaan gratis untuk menarik minat keluarga pasien melakukan pemeriksaan

## 12. Persentase capaian Indikator Mutu di Area Pelayanan Klinis Prioritas Pertahun

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2021 dan 2022 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

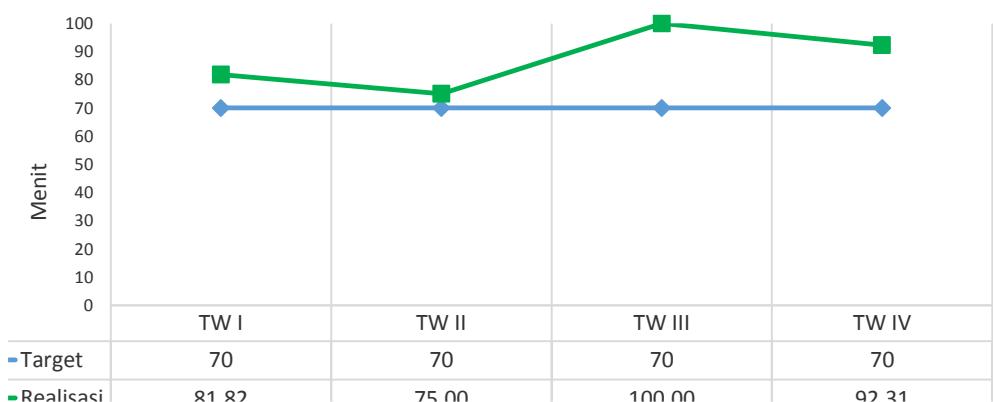
**Tabel 3.13**

#### Capaian Persentase Indikator mutu di Area Pelayanan Klinis Prioritas Tahun 2022

Persentase indikator mutu di area pelayanan klinis prioritas	Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target
	70%	75%	70%	87,23%	75%
<b>Capaian</b>	107,14%		124,62%		116,31%

Persentase capaian Indikator mutu area pelayanan klinis prioritas adalah pengukuran mutu yang dipilih dan ditetapkan oleh pimpinan untuk mengevaluasi pelayanan klinik klinis prioritas. Setiap tahun rumah sakit harus memilih fokus perbaikan, proses dan hasil praktik klinis dan manajemen mengacu pada misi rumah sakit, diberikan dalam volume besar atau cenderung menimbulkan masalah. Direktur rumah sakit bersama-sama dengan para pimpinan/manajer pelayanan dan manajemen memilih dan menetapkan pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas untuk dilakukan evaluasi. Formula yang digunakan adalah Jumlah indikator yg mencapai target / Jumlah seluruh indikator mutu pelayanan klinis prioritas yang diukur dikali 100

**Grafik 3.12**  
**Capaian Persentase Pemeriksaan deteksi dini kanker**  
**Periode Januari-Desember 2022**



#### **Capaian/kondisi yang dicapai:**

Perhitungan persentase evaluasi capaian indikator mutu area pelayanan klinis prioritas:

Jumlah indikator yg mencapai target / Jumlah seluruh indikator mutu pelayanan klinis prioritas yang diukur dikali 100  
 $= 41 / 47 = 87,23\%$

Capaian Persentase capaian indicator mutu di area pelayanan klinis prioritas pertahun pada tahun 2022 ditargetkan 70%, realisasi 87,23% atau capaian sebesar 124.62%. Capaian Tahun 2022 mengalami peningkatan sebesar 17,48% dibandingkan dengan Tahun 2021. Progres capaian kinerja Tahun 2022 terhadap jangka menengah tahun 2024 terpenuhi sebesar 116,31%.

#### **Analisis kendala/hambatan**

Realisasi Tahun 2022 mencapai target, namun masih ada beberapa kendala yang dihadapi antara lain dari 14 indikator Mutu Area Pelayanan Klinis Prioritas, diambil

sampel 12. dari 12 indikator tercapai sebanyak 12 indikator, 1 indikator yang tidak tercapai yaitu alat-alat theranostic minimally invasive yang dikalibrasi

### **Langkah strategis perbaikan**

Melakukan penjadwalan lebih terencana berikut penganggarannya agar tidak lewat tahun

### **Rekomendasi**

1. Monitoring dan evaluasi seluruh indikator Mutu Area Pelayanan Klinis Prioritas
2. Pemilihan indikator Mutu Area Pelayanan Klinis Prioritas untuk Tahun 2023

### **13. Persentase Kasus Rujukan Sisrute dengan Keputusan Final DPJP $\leq$ 1 jam**

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2021 dan Tahun 2022 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

**Tabel 3.14  
Capaian Persentase Kasus Rujukan Sisrute dengan Keputusan Final  
DPJP  $\leq$  1 Jam**

Presentase kasus Rujukan Sisrute dengan Keputusan Final	Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target
	60%	96,32%	100%	92,99%	100%
<b>Capaian</b>	<b>160,53%</b>		<b>92,99%</b>		<b>92,99%</b>

Persentase kasus rujukan Sisrute dengan lama waktu diberikan keputusan final oleh DPJP (diterima atau tidak diterima)  $\leq$  1 jam. Formula yang digunakan adalah Jumlah kasus yang memiliki keputusan final kurang dari 1 jam dibagi jumlah total kasus yang ditindaklanjuti.

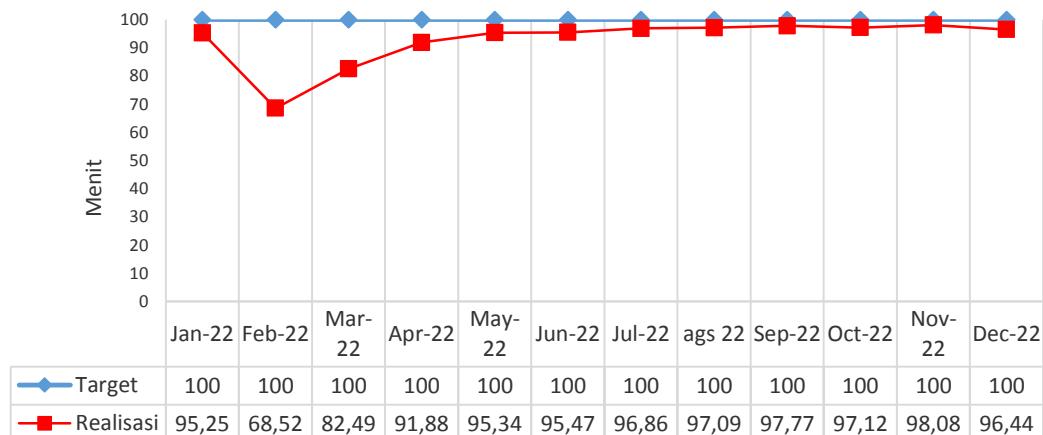
#### **Capaian/kondisi yang dicapai:**

Perhitungan persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal :

$$\begin{aligned}
 &= \text{Jumlah kasus yang memiliki respon time kurang dari dari 1 jam} \\
 &\quad \text{dibagi jumlah total kasus} \\
 &= 6.138 / 6.601 = 92,99\%
 \end{aligned}$$

Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal Tahun 2021 ditargetkan 60%, capaian 96,32% atau sebesar 160,53%. terdapat kenaikan capaian yang signifikan tahun 2021 dibanding tahun 2020 sebesar 68,90%. Progres capaian kinerja tahun 2021 terhadap jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 95,34%.

**Grafik 3.13**  
**Capaian Persentase Kasus Rujukan Sisrute dengan Keputusan final**  
**DPJP ≤ 1 Jam Periode Januari-Desember 2022**



### Analisis kendala/hambatan

1. Proses konsultasi yang berjenjang
2. PPDS lama menjawab karena harus menyelesaikan tindakan pasien di IGD
3. Diskoneksi jaringan dengan server pusat
4. Jaringan internet RSHS mati

### Langkah strategis perbaikan

1. Sosialisasi Decision Time < 60 menit ke KSM
2. Membuat edaran bahwa IGD akan memutuskan jawaban final jika > 50 menit belum ada keputusan dari dokter KSM
3. Koordinasi dengan SIRS untuk mengatasi diskoneksi jaringan

### Rekomendasi

1. Sosialisasi kebijakan pengalihan keputusan dari DPJP kepada IGD untuk memutuskan jawaban final jika > 50 menit belum ada keputusan dari DPJP
2. Koordinasi dengan Dinas Kesehatan terkait kejadian Diskoneksi jaringan dengan server pusat

### Bukti Kegiatan

UPAYA TINDAKLANJUT		DATA DUKUNG (SK/Panduan/SOP/UMAN/Foto Kegiatan/dll)												KETERANGAN											
1. Sosialisasi Decision Time <= 60 menit ke KSM 2. Membuat edaran bahwa IGD akan memutuskan jawaban final jika > 50 menit belum ada keputusan dari dokter KSM 3. Koordinasi dengan SIRS untuk mengatasi diskoneksi jaringan		1. Juknis Sisrute 2. SPO 3. Surat Edaran 4. Kegiatan pengampuan 5. Koordinasi dengan dokter KSM 6. Koordinasi dengan SIRS																							



#### 14. Persentase Pemenuhan ketersediaan Sarana Prasarana (SP)

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2021 dan 2022 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

**Tabel 3.15  
Capaian Persentase Pemenuhan ketersediaan Sarana Prasarana (SP)**

Realisasi Persentase Pemenuhan ketersediaan Sarana Prasarana (SP)	Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target
	67%	68,13%	70%	70,14%	74%
<b>Capaian</b>	<b>101,69%</b>		<b>100,2%</b>		<b>94,41%</b>

Persentase pemenuhan ketersediaan sarana prasarana adalah tingkat ketersediaan sarana prasarana sesuai Permenkes no. 24 Tahun 2016 tentang Persyaratan Teknis Bangunan dan Prasarana Rumah Sakit. Fasilitas umum adalah persyaratan kondisi dan atau kelengkapan suatu tempat yang memiliki fungsi non spesifik (bukan fungsi layanan medis). Fasilitas ruangan adalah persyaratan kondisi dan atau kelengkapan suatu tempat yang dibatasi oleh bidang-bidang fisik maupun non fisik yang memiliki fungsi spesifik (layanan medis). Borang penilaian fasilitas medik sesuai dengan penilaian rumah sakit untuk Akreditasi Internasional. Formula yang digunakan yaitu persentase nilai fasilitas umum ditambah persentase nilai fasilitas ruangan dibagi 2.

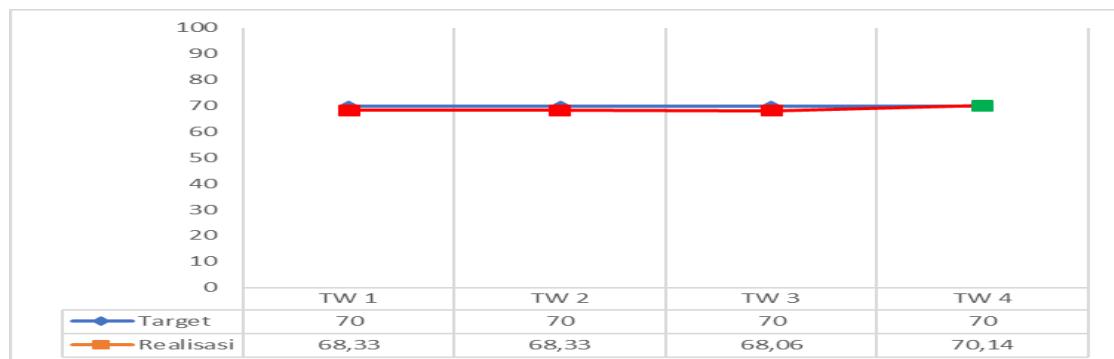
##### Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan persentase pemenuhan ketersediaan sarana prasarana :

$$\begin{aligned}
 &= (\text{Persentase nilai pemenuhan persyaratan fasilitas umum ditambah persentase nilai pemenuhan persyaratan fasilitas ruangan}) \text{ dibagi } 2 \\
 &= (72,78 + 67,50) : 2 = 140,28 : 2 = 70,14
 \end{aligned}$$

Capaian persentase pemenuhan ketersediaan Sarana Prasarana (SP) pada tahun 2022 ditargetkan 70%, realisasi 70,14% atau sebesar 100,2%. Terdapat penurunan capaian Tahun 2022 dibanding tahun 2021 sebesar 1,49%. Progres capaian kinerja Tahun 2022 terhadap jangka menengah tahun 2024 terpenuhi sebesar 94,41%.

**Grafik 3.14**  
**Capaian Persentase Pemenuhan ketersediaan Sarana Prasarana (SP)**  
**Periode Januari-Desember 2022**



#### **Analisis kendala/hambatan:**

1. Masih terdapat ruangan yang bocor
2. Tingkat pertukaran udara (ACH) khususnya pada ruangan yang menggunakan AC split dan Kelembapan udara relatif tinggi
3. Ruang tunggu keluarga pasien belum memenuhi persyaratan (terutama luas ruangan dan ketersediaan toilet).
4. Ruang rawat intensif belum semuanya memiliki ruang rawat isolasi
5. Ruang spoelhock belum bertekanan negatif.
6. Tingkat pencahayaan relatif kurang.
7. Belum semua ruang rawat inap dilengkapi dengan outlet oksigen dan toilet.
8. Belum semua ruang isolasi dilengkapi dengan ruang antara (ante room)
9. Belum semua pintu toilet dilengkapi dengan kunci yang bisa dibuka dari luar dan hand rail

#### **Langkah strategis perbaikan**

1. Melakukan perbaikan ruangan yang bocor (Kenanga 1 dan 2, Fresia 1-3, Azalea 2, Klinik Rehabilitasi Medik, Instalasi Gizi, Unit HD, KSM Anestesi, KSM Kulit dan Kelamin, KSM Orthopaedi)
2. Merencanakan pengadaan blower untuk meningkatkan ACH, dehumidifier untuk mengurangi kelembapan

3. Merencanakan / Memperbaiki ruang tunggu, serta kebutuhan penerangan dan tata udara.
4. Merencanakan ruangan bertekanan (+) atau (-), pemasangan outlet gas medis dan power listrik dengan standar GICU.
5. Merencanakan perbaikan sistem tata udara.
6. Mengusulkan pengadaan spare part listrik dan mengganti lampu yang rusak
7. Merencanakan pemasangan outlet oksigen dan penyediaan toilet di ruang rawat inap yang belum tersedia.
8. Merencanakan pembuatan anteroom serta pembuatan sistem tata udara.
9. Merencanakan penggantian pintu toilet dengan kunci yang bisa dibuka dari luar dan pemasangan hand rail

#### **Rekomendasi**

1. Menyusun prioritas upaya pemeliharaan dan perbaikan sarana prasarana.
2. Menyusun program pemeliharaan dan perbaikan sarana prasarana

#### **15. Kehandalan Peralatan Medis dan Non Medis (OEE)**

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2021 dan 2022 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

**Tabel 3. 16**

**Capaian Kehandalan Peralatan Medis dan Non Medis (OEE)**

Realisasi Kehandalan Peralatan Medis dan Non Medis (OEE)	Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target
	78%	73,22%	79%	80,95	81%
<b>Capaian</b>	93,87%		102,47		99,94%

Kehandalan peralatan medis dan non medis (*Overall Equipment Effectiveness – OEE*) adalah nilai rata-rata pengukuran kehandalan atau hasil kinerja dari peralatan medis dan non medis tertentu yang dilihat dari 3 aspek yaitu ketersediaan (ke), kinerja (ki) dan kualitas (ku), dengan memperhatikan downtime losses, speed losses, dan defect losses.

Formula yang digunakan adalah :

1. OEE per alat =  $(Ke \times Ki \times Ku) \times 100\%$
2. Persentase Keandalan Peralatan Medis dan Non-Medis (OEE) = Jumlah alat dengan nilai OEE 60-100% dibagi jumlah alat yang dihitung nilai OEE nya

### Capaian/kondisi yang dicapai:

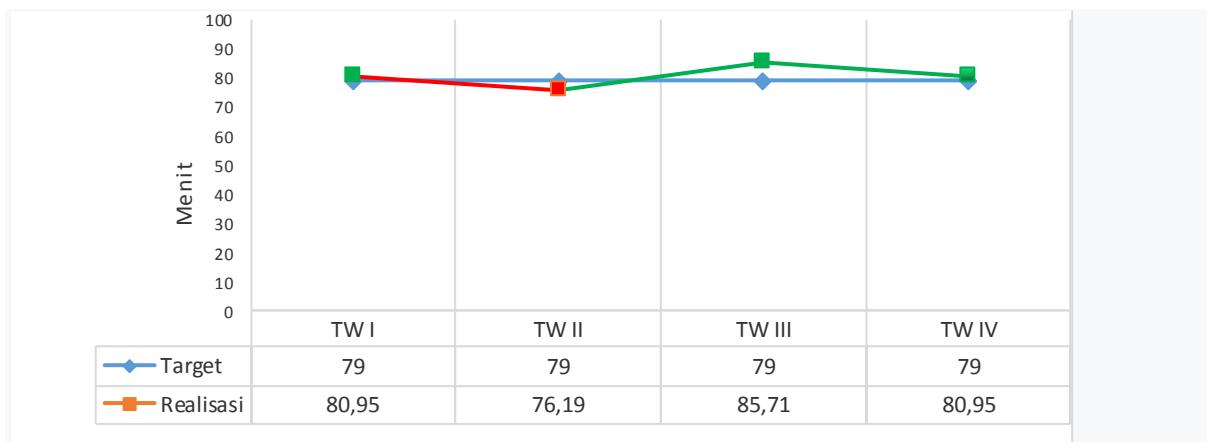
Perhitungan kehandalan peralatan medis dan non medis :

Jumlah alat dengan nilai OEE 60-100% dibagi jumlah alat yang dihitung nilai OEE nya

$$17 / 21 = 80,95\%$$

Capaian kehandalan peralatan medis dan non medis pada tahun 2022 ditargetkan 79%, realisasi 80,95% atau sebesar 102,47%. Terdapat peningkatan capaian Tahun 2022 dibanding Tahun 2021 yaitu sebesar 8,6%. Progres capaian kinerja Tahun 2022 terhadap jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 99,94%.

**Grafik 3.15**  
**Capaian Persentase Kehandalan Peralatan Medis dan non Medis**  
**Periode Januari-Desember 2022**



### Analisis kendala/hambatan:

1. Alat belum dipakai secara maksimal
2. Umur teknis alat ada yang melebihi rekomendasi pabrik
3. Beberapa alat sering mengalami kerusakan
4. Pengoperasian alat memerlukan prosedur yang lama
5. Alat digunakan dengan tujuan khusus
6. Kunjungan pasien sedikit atau sedang turun

### Langkah strategis perbaikan:

1. Peralatan medis dan non medis yang mengalami kerusakan harus mendapatkan prioritas perbaikan sehingga dapat mengurangi downtime losses yang terlalu lama.

2. Peralatan yang tidak dapat dimaksimalkan karena usia (umur teknis) alat, namun utilitasnya relatif tinggi, perlu direncanakan penggantian sehingga dapat mengoptimalkan tingkat keandalan alat.
3. Peralatan penting agar dilakukan pemeliharaan rutin atau kontrak service.

#### **Rekomendasi**

Monitoring dan melakukan pemeliharaan peralatan medis dan non medis secara rutin

#### **16. Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai**

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2021 dan 2022 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

**Tabel 3.17**  
**Capaian Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai**

Realisasi Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai	Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target
	82	82	84	73,60	85
<b>Capaian</b>	100%		87,62%		86,59%

Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai adalah data dan informasi tentang tingkat kepuasaan pegawai yang diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif dan kualitatif atas pendapat pegawai selama bekerja di RSHS dalam kurun waktu tertentu.

Indikator Kepuasan Pegawai BLU RSHS yang telah ditetapkan meliputi:

1. Kepuasan terhadap budaya dan nilai Organisasi di RSHS
2. Kepuasan terhadap kesempatan pengembangan diri di RSHS
3. Kepuasan terhadap komunikasi di RSHS
4. Kepuasan terhadap faktor kepemimpinan di RSHS
5. Kepuasan terhadap aktifitas kerja di RSHS
6. Kepuasan terhadap lingkungan kerja di RS
7. Kepuasan terhadap Reward/ kompensasi di RSHS

Data dan informasi diperoleh dari questioner yang diisi oleh pegawai RSHS sesuai kriteria inklusi. Analisis dilakukan dengan menginterpretasikan pernyataan dari pegawai PNS dan non PNS. Dijelaskan juga bahwa masing-masing indikator ada rentang nilai yang harus dipilih oleh responden. Kemudian bagaimana menghitung nilai yg diperoleh dan nilai maksimal

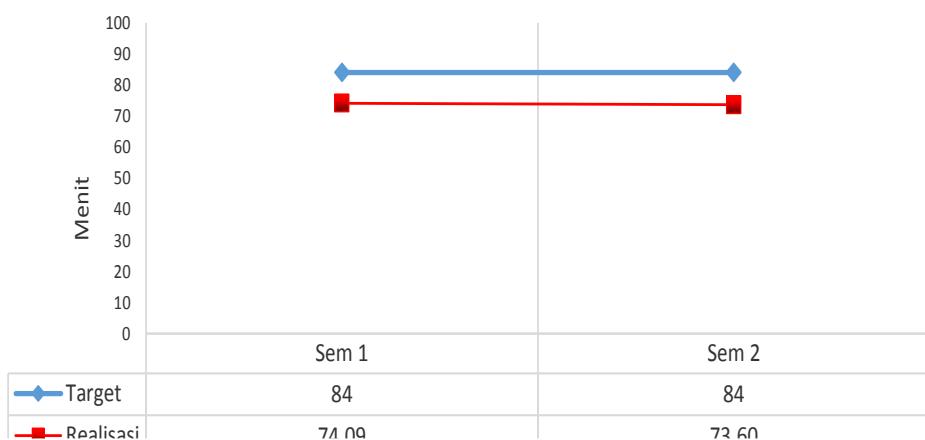
### Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan pengukuran survei kepuasan pegawai :

$$= (73,60 / 100) \times 100\% = 73,60\%$$

Capaian indeks kepuasan pegawai pada Tahun 2022 ditargetkan 84%, realisasi 73,60% atau sebesar 87,62%. Terdapat penurunan capaian Tahun 2022 dibanding Tahun 2021 yaitu sebesar 12,38%. Progres capaian kinerja Tahun 2022 terhadap jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 86,59%.

**Grafik 3.16**  
**Capaian Pengukuran Kepuasan Pegawai Periode Januari-Desember 2022**



### Analisis kendala/hambatan:

1. Adanya ketidakpuasan terhadap sistem penggajian dan tunjangan.
2. Kurangnya transparansi dalam sistem kerja sehingga pegawai mengeluhkan tingkat capaian pelaksanaan kerja
3. Kurangnya perhatian terhadap keselamatan kerja dan Kesehatan Kerja
4. Rendahnya kualitas kondisi lingkungan dan suasana kerja
5. Rendahnya Kesempatan peningkatan kemampuan interaksi sosial
6. Rendahnya kesempatan pengembangan karier

### Langkah strategis perbaikan:

1. Upaya dan tindaklanjut dalam penyempurnaan Sistem remunerasi yaitu:
  - Melaksanakan rapat pleno remunerasi secara rutin sebelum pembayaran P2 untuk mengetahui permasalahan permasalahan yang ada dan segera dapat ditindaklanjuti dengan didampingi oleh Direksi dan SPI.
  - Menjadwalkan rapat kerja remunerasi pada minggu ke dua bulan Desember 2022 yang akan dihadiri oleh seluruh tim remunerasi untuk menyempurnakan

sistem remunerasi dalam evaluasi grading, perhitungan kinerj unit (IKU) dan perhitungan kinerja individu (IKI) namun belum terlaksana.

- Memberikan motivasi kepada pegawai dengan memperhitungkan kinerja bagi pegawai yang berkinerja lebih dari 100%
  - Dalam upaya transparansi mengrimkan rincian P2 melalui WA Blast
  - Mengikuti kegiatan kunjungan kerja sharing tarif, remunerasi dan tatakelola RS ke RSUD Dr. Iskak Tulunganggung
2. Penyempurnaan Sistem remunerasi kontrak kinerja disesuaikan dengan kompetensi dan level jabatan, Validasi kontrak kineja oleh atasan langsung dan tim IKI
  3. Melaksanakan program pemeliharaan kesehatan
  4. Perbaikan sarana prasarana yaitu :
    - Bekoordinasi dengan Bagian Umum untuk menggiatkan kembali Program RSHS bersih dan rapih.
    - Berkoordinasi dengan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien perihal penelusuran kebersihan oleh Tim Surveyor RSHS
    - Memberdayakan Bidan, Keperawatan, Instalasi Kesehatan Lingkungan dan IPSRS untuk menggerakan program RSHS bersih dan rapih.
  5. Menambah kesempatan untuk meningkatkan kemampuan interaksi sosial bagi pegawai melalui pertemuan rutin antar unit kerja
  6. Melaksanakan program tugas belajar, ijin belajar dan pelatihan kompetensi, uji kompetensi per jenjang jabatan

### **Rekomendasi**

Menyusun Program sesuai dengan faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pegawai

### **Bukti Kegiatan**

UPAYA TINDAKLANJUT	DATA DUKUNG (SK/Panduan/SOP/UMAN/Foto Kegiatan/dll)	KETERANGAN
Upaya dan tindaklanjut dalam penyempurnaan Sistem remunerasi yaitu: - Melaksanakan rapat pleno remunerasi secara rutin sebelum pembayaran P2 untuk mengetahui permasalahan permasalahan yang ada dan segera dapat ditindaklanjuti dengan didampingi oleh Direksi dan SPI.		Rapat pleno pada bulan Desember 2022

UPAYA TINDAKLANJUT	DATA DUKUNG (SK/Panduan/SOP/UMAN/Foto Kegiatan/dll)	KETERANGAN
Menjadwalkan rapat kerja remunerasi pada minggu ke dua bulan Desember 2022 yang akan dihadiri oleh seluruh tim remunerasi untuk menyempurnakan sistem remunerasi dalam evaluasi grading, perhitungan kinerj unit (IKU) dan perhitungan kinerja individu (IKI) namun belum terlaksana.	<p style="text-align: center;">PROPOSAL KEGIATAN RAPAT KERJA TIM REMUNERASI RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG TAHUN 2022</p> <p>1. Pendahuluan</p> <p>Sistem remunerasi sudah dikenal sejak tahun 2010, dan sudah diterapkan di berbagai Rumah Sakit dalam sistem penilaian kinerja tidak ada Sistem yang dianggap sebagai sistem terbaik, namun pada intinya bagaimana kita dapat meningkatkan kesejahteraan bersama dengan memantau sistem remunerasi saat ini.</p> <p>Terdapat di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung saat ini Kepada Menteri Kesehatan No. 715/KMK-EK/05/2017 mewakili ketertarikat remunerasi saat ini. Sebagaimana kita ketahui bersama nilai Point Index Rupiah (PIR) pada KMK adalah sebesar Rp. 8.303 sedangkan PIR yang diterapkan saat ini masih dibawah PIR KMK, hal ini menggambarkan masih terdapat ruang tumbuh untuk mencapai PIR sesuai dalam KMK tersebut. Hal ini tidak terlepas dengan kemampuan anggaran Rumah Sakit.</p> <p>Remunerasi diharapkan dapat memberikan dorongan dan motivasi bagi pegawai untuk terus bekerja dengan tekun. Selain memotivasi, remunerasi juga</p>	Belum terlaksana

UPAYA TINDAKLANJUT	DATA DUKUNG (SK/Panduan/SOP/UMAN/Foto Kegiatan/dll)	KETERANGAN																																																																																																																																																																																				
Memberikan motivasi kepada pegawai dengan memperhitungkan kinerja bagi pegawai yang berkinerja lebih dari 100%	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>NIP</th> <th>NAMA PEGAWAI</th> <th>NAMA BAGIAN</th> <th>USULAN LOGAO</th> <th>PENILAI AKU</th> <th>ABSEN WH</th> <th>PUNISH MENURUT ABSEN</th> <th>OVERTIME</th> <th>IKI</th> <th>KINERJA MULIAH</th> <th>TOTAL KINERJA MULIAH</th> <th>TAMBAHAH IKI</th> <th>TOTAL IKI</th> <th>TOTAL RP PZ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>310</td><td>14067051210000000000</td><td>Yusmedita, S.Kep,Ners</td><td>INSTALASI BEOD SEN</td><td>0</td><td>0</td><td>100,00</td><td>0</td><td>0,00</td><td>1,10</td><td>0</td><td>0,00</td><td>1,10</td><td>0</td><td>4.901.526</td></tr> <tr><td>318</td><td>13970411420000000000</td><td>Iialis ihqiyah, AMK</td><td>INSTALASI BEOD SEN</td><td>3,20</td><td>0</td><td>103,76</td><td>0</td><td>0,33</td><td>1,13</td><td>0</td><td>0,00</td><td>1,13</td><td>0</td><td>4.933.104</td></tr> <tr><td>327</td><td>13970804132000000000</td><td>Subrawati, S.Kep, Ne</td><td>INSTALASI BEOD SEN</td><td>3,79</td><td>0</td><td>98,79</td><td>0,02</td><td>0,12</td><td>1,10</td><td>0</td><td>0,00</td><td>1,10</td><td>0</td><td>4.851.686</td></tr> <tr><td>328</td><td>13970817132000000000</td><td>Yessi, Yosvita, AMK</td><td>INSTALASI BEOD SEN</td><td>3,00</td><td>0</td><td>100,00</td><td>0</td><td>0,14</td><td>1,14</td><td>0</td><td>0,00</td><td>1,14</td><td>0</td><td>5.007.326</td></tr> <tr><td>340</td><td>0595</td><td>Arief Sholah Sugiwulan</td><td>INSTALASI BEOD SEN</td><td>3,20</td><td>0</td><td>98,83</td><td>0,02</td><td>0,14</td><td>1,12</td><td>0</td><td>0,00</td><td>1,12</td><td>0</td><td>4.513.131</td></tr> <tr><td>341</td><td>0595</td><td>Apliandi Mufti Immanuel</td><td>INSTALASI BEOD SEN</td><td>3,20</td><td>0</td><td>100,00</td><td>0</td><td>0,12</td><td>1,12</td><td>0</td><td>0,00</td><td>1,12</td><td>0</td><td>4.888.126</td></tr> <tr><td>342</td><td>139605171319</td><td>Wideningi, AMK</td><td>INSTALASI BEOD SEN</td><td>3,40</td><td>0</td><td>102,42</td><td>0</td><td>0,17</td><td>1,17</td><td>0</td><td>0,00</td><td>1,17</td><td>0</td><td>5.203.515</td></tr> <tr><td>354</td><td>139700923119</td><td>Tatan Kurnia, AMK SKP</td><td>INSTALASI BEOD SEN</td><td>3,30</td><td>0</td><td>101,80</td><td>0</td><td>0,33</td><td>1,30</td><td>0</td><td>0,00</td><td>1,30</td><td>0</td><td>5.790.559</td></tr> <tr><td>357</td><td>139609100000</td><td>Eku Senowati, AMK</td><td>INSTALASI BEOD SEN</td><td>3,60</td><td>0</td><td>106,48</td><td>0</td><td>0,19</td><td>1,19</td><td>0</td><td>0,00</td><td>1,19</td><td>0</td><td>4.957.243</td></tr> <tr><td>372</td><td>13970210100000000000</td><td>Julfana Pertiwianti Purwati</td><td>INSTALASI BEOD SEN</td><td>3,20</td><td>0</td><td>99,64</td><td>0</td><td>0,12</td><td>1,12</td><td>0</td><td>0,00</td><td>1,12</td><td>0</td><td>4.874.254</td></tr> <tr><td>367</td><td>13970021420000000000</td><td>Hudni Bhakti, AMK</td><td>INSTALASI BEOD SEN</td><td>3,40</td><td>0</td><td>106,67</td><td>0</td><td>0,14</td><td>1,14</td><td>0</td><td>0,00</td><td>1,14</td><td>0</td><td>5.071.666</td></tr> </tbody> </table>	NO	NIP	NAMA PEGAWAI	NAMA BAGIAN	USULAN LOGAO	PENILAI AKU	ABSEN WH	PUNISH MENURUT ABSEN	OVERTIME	IKI	KINERJA MULIAH	TOTAL KINERJA MULIAH	TAMBAHAH IKI	TOTAL IKI	TOTAL RP PZ	310	14067051210000000000	Yusmedita, S.Kep,Ners	INSTALASI BEOD SEN	0	0	100,00	0	0,00	1,10	0	0,00	1,10	0	4.901.526	318	13970411420000000000	Iialis ihqiyah, AMK	INSTALASI BEOD SEN	3,20	0	103,76	0	0,33	1,13	0	0,00	1,13	0	4.933.104	327	13970804132000000000	Subrawati, S.Kep, Ne	INSTALASI BEOD SEN	3,79	0	98,79	0,02	0,12	1,10	0	0,00	1,10	0	4.851.686	328	13970817132000000000	Yessi, Yosvita, AMK	INSTALASI BEOD SEN	3,00	0	100,00	0	0,14	1,14	0	0,00	1,14	0	5.007.326	340	0595	Arief Sholah Sugiwulan	INSTALASI BEOD SEN	3,20	0	98,83	0,02	0,14	1,12	0	0,00	1,12	0	4.513.131	341	0595	Apliandi Mufti Immanuel	INSTALASI BEOD SEN	3,20	0	100,00	0	0,12	1,12	0	0,00	1,12	0	4.888.126	342	139605171319	Wideningi, AMK	INSTALASI BEOD SEN	3,40	0	102,42	0	0,17	1,17	0	0,00	1,17	0	5.203.515	354	139700923119	Tatan Kurnia, AMK SKP	INSTALASI BEOD SEN	3,30	0	101,80	0	0,33	1,30	0	0,00	1,30	0	5.790.559	357	139609100000	Eku Senowati, AMK	INSTALASI BEOD SEN	3,60	0	106,48	0	0,19	1,19	0	0,00	1,19	0	4.957.243	372	13970210100000000000	Julfana Pertiwianti Purwati	INSTALASI BEOD SEN	3,20	0	99,64	0	0,12	1,12	0	0,00	1,12	0	4.874.254	367	13970021420000000000	Hudni Bhakti, AMK	INSTALASI BEOD SEN	3,40	0	106,67	0	0,14	1,14	0	0,00	1,14	0	5.071.666	sudah terealisasi pada setiap bulanya
NO	NIP	NAMA PEGAWAI	NAMA BAGIAN	USULAN LOGAO	PENILAI AKU	ABSEN WH	PUNISH MENURUT ABSEN	OVERTIME	IKI	KINERJA MULIAH	TOTAL KINERJA MULIAH	TAMBAHAH IKI	TOTAL IKI	TOTAL RP PZ																																																																																																																																																																								
310	14067051210000000000	Yusmedita, S.Kep,Ners	INSTALASI BEOD SEN	0	0	100,00	0	0,00	1,10	0	0,00	1,10	0	4.901.526																																																																																																																																																																								
318	13970411420000000000	Iialis ihqiyah, AMK	INSTALASI BEOD SEN	3,20	0	103,76	0	0,33	1,13	0	0,00	1,13	0	4.933.104																																																																																																																																																																								
327	13970804132000000000	Subrawati, S.Kep, Ne	INSTALASI BEOD SEN	3,79	0	98,79	0,02	0,12	1,10	0	0,00	1,10	0	4.851.686																																																																																																																																																																								
328	13970817132000000000	Yessi, Yosvita, AMK	INSTALASI BEOD SEN	3,00	0	100,00	0	0,14	1,14	0	0,00	1,14	0	5.007.326																																																																																																																																																																								
340	0595	Arief Sholah Sugiwulan	INSTALASI BEOD SEN	3,20	0	98,83	0,02	0,14	1,12	0	0,00	1,12	0	4.513.131																																																																																																																																																																								
341	0595	Apliandi Mufti Immanuel	INSTALASI BEOD SEN	3,20	0	100,00	0	0,12	1,12	0	0,00	1,12	0	4.888.126																																																																																																																																																																								
342	139605171319	Wideningi, AMK	INSTALASI BEOD SEN	3,40	0	102,42	0	0,17	1,17	0	0,00	1,17	0	5.203.515																																																																																																																																																																								
354	139700923119	Tatan Kurnia, AMK SKP	INSTALASI BEOD SEN	3,30	0	101,80	0	0,33	1,30	0	0,00	1,30	0	5.790.559																																																																																																																																																																								
357	139609100000	Eku Senowati, AMK	INSTALASI BEOD SEN	3,60	0	106,48	0	0,19	1,19	0	0,00	1,19	0	4.957.243																																																																																																																																																																								
372	13970210100000000000	Julfana Pertiwianti Purwati	INSTALASI BEOD SEN	3,20	0	99,64	0	0,12	1,12	0	0,00	1,12	0	4.874.254																																																																																																																																																																								
367	13970021420000000000	Hudni Bhakti, AMK	INSTALASI BEOD SEN	3,40	0	106,67	0	0,14	1,14	0	0,00	1,14	0	5.071.666																																																																																																																																																																								

UPAYA TINDAKLANJUT	DATA DUKUNG (SK/Panduan/SOP/UMAN/Foto Kegiatan/dll)	KETERANGAN
Mengikuti kegiatan kunjungan kerja sharing tarif, remunerasi dan tatakelola RS ke RSUD Dr. Iskak Tulunganggung		Sharing

UPAYA TINDAKLANJUT	DATA DUKUNG (SK/Panduan/SOP/UMAN/Foto Kegiatan/dll)	KETERANGAN
Upaya dan tindaklanjut dalam penyempurnaan Sistem remunerasi kontrak kinerja disesuaikan dengan kompetensi dan level jabatan, Validasi kontrak kinerja oleh atasan langsung dan tim IKI		Dilaksanakan secara berkala

UPAYA TINDAKLANJUT	DATA DUKUNG (SK/Panduan/SOP/UMAN/Foto Kegiatan/dll)	KETERANGAN
Upaya dan tindaklanjut dalam penyempurnaan Sistem remunerasi kontrak kinerja disesuaikan dengan kompetensi dan level jabatan, Validasi kontrak kinerja oleh atasan langsung dan tim IKI		Dilaksanakan secara berkala

UPAYA TINDAKLANJUT	DATA DUKUNG (SK/Panduan/SOP/UMAN/Foto Kegiatan/dll)	KETERANGAN
Upaya tindak lanjutnya : melaksanakan program pemeliharaan kesehatan		Dilaksanakan secara bertahap

UPAYA TINDAKLANJUT	DATA DUKUNG (SK/Panduan/SOP/UMAN/Foto Kegiatan/dll)	KETERANGAN
Upaya dan tindaklanjut dalam Perbaikan sarana prasarana yaitu : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bekerodinasi dengan Bagian Umum untuk menggiatkan kembali Program RSHS bersih dan rapih.</li> <li>- Berkoordinasi dengan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien perihal penelusuran kebersihan oleh Tim Surveyor RSHS</li> <li>- Memberdayakan Bidan, Keperawatan, Instalasi Kesehatan Lingkungan dan IPSRS untuk mengerakkan program RSHS bersih dan rapih.</li> </ul>		Dilaksanakan jumsih

UPAYA TINDAKLANJUT	DATA DUKUNG (SK/Panduan/SOP/UMAN/Foto Kegiatan/dll)	KETERANGAN
Upaya tindak lanjutnya : Menambah kesempatan untuk meningkatkan kemampuan interaksi sosial bagi pegawai melalui pertemuan rutin perwakilan antar unit ketja		

UPAYA TINDAK LANJUT	DATA DUKUNG (SK/Panduan/SOP/UMAN/Foto Kegiatan/dll)	KETERANGAN
Upaya tindak lanjutnya : melaksanakan program tugas belajar, ijin belajar dan pelatihan kompetensi, uji kompetensi per jenjang jabatan		

## 17. Jumlah Keberhasilan *Lean Project* yang terlaksana

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2021 dan 2022 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

**Tabel 3.18**  
**Capaian Jumlah Lean Project yang terlaksana**

Realisasi Jumlah <i>Lean Project</i> yang terlaksana	Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target
	4	4	4	4	4
Capaian	100%		100%		100%

Lean project adalah project/kumpulan kegiatan yang dilaksanakan oleh unit terkait dan bertujuan untuk meningkatkan efisiensi pada suatu proses bisnis atau unit di rumah sakit untuk jangka waktu 1 tahun. Lean project dilaksanakan oleh tim yang terdiri dari lintas fungsi yang dipimpin oleh kepala unit atau pemilik proses dan dibuat laporan evaluasi yang dilakukan pada saat akhir pelaksanaan lean project. Formula yang digunakan adalah menghitung jumlah keberhasilan lean project yang dilaksanakan dalam proses bisnis.

Lean Project Tahun 2022

1. Pengolahan air minum dengan teknologi *reverse osmosis*
2. Efisiensi alur proses klaim pasien rawat jalan
3. Optimalisasi proses administrasi pasien pulang
4. *Length of stay* Instalasi Gawat Darurat

Penetapan *lean project* didasarkan pada:

- Tersedia sumber daya
- Prioritas masalah untuk ditingkatkan perbaikannya

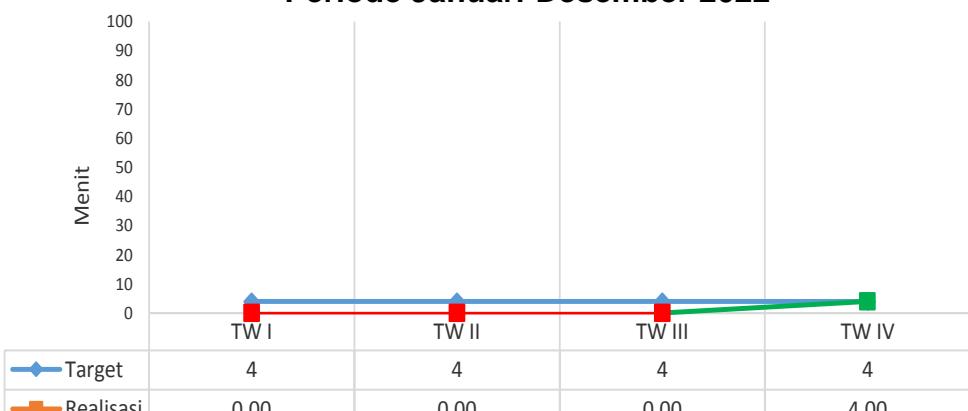
- Memberikan nilai tambah baik untuk pasien maupun RSHS
- Menghilangkan atau memotong pemborosan proses
- Perbaikan berkelanjutan

#### Capaian/kondisi yang dicapai :

Jumlah lean project yang dilaksanakan dalam proses bisnis  
= 4 Lean Project

Capaian jumlah lean project yang terlaksana pada tahun 2022 ditargetkan 4 project, realisasi 4 project atau sebesar 100%. Terdapat kesamaan capaian pada Tahun 2021 dan 2022 karena targetnya sama. Progres capaian kinerja Tahun 2022 terhadap jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 100%.

**Grafik 3.17**  
**Capaian Jumlah Keberhasilan Lean Project yang Terlaksana**  
**Periode Januari-Desember 2022**



#### Analisis kendala/hambatan :

1. Tersedianya air minum yg memenuhi baku mutu air minum
  - Koordinasi Tim dan unit kerja terkendala waktu
  - Ketersediaan bahan baku air kurang
2. Terlaksananya identifikasi dan solusi permasalahan *length of stay* IGD
  - Koordinasi Tim dan unit kerja terkendala waktu
  - Ketersediaan bahan baku air kurang
  - Informasi TT tidak real time
  - Antrian OK pasien IGD
3. Penyelesaian administrasi pasien pulang rawat inap BPJS sesuai hak kelas perawatan dilakukan di ruang perawatan. (Uji coba Ruangan Alamanda)

- Kurangnya pengendalian dan koordinasi dalam pengelompokan pasien SARIKSA atau bukan
  - Kurangnya pengendalian dan koordinasi antara jumlah pasien yang dipulangkan ruangan dengan jumlah berkas yang diterima loket pasien pulang rawat inap Bagian Keuangan (PPA)
  - Kurangnya pengendalian dan koordinasi pasien yang dipulangkan ruangan diluar pasien SARIKSA (Pasien umum dan naik kelas)
4. Efisiensi Alur Proses Klaim Pasien Rawat Jalan
- Berkas pasien BPJS dari mulai pasien datang sampai pasien selesai dilayani melalui berbagai proses yang dikerjakan oleh berbagai unit kerja, sehingga permasalahan yang timbul pun memerlukan kerjasama dari SDM di berbagai unit kerja untuk penyelesaiannya.
  - Sebagian besar berkas pasien BPJS rajaI dan ranap yang akan diklaimkan belum dapat diproses di IPK H+1 pasien pulang.
  - Penyebabnya:  
Ranap: Berkas rekam medis tidak dikembalikan segera setelah pasien pulang, atau dikembalikan tapi belum terisi lengkap.

**Langkah strategis perbaikan:**

1. Tersedianya air minum yg memenuhi baku mutu air minum
  - Komitmen bersama
  - Penjadwalan ulang
  - Pemenuhan air baku dibantu PDAM
2. Terlaksananya identifikasi dan solusi permasalahan *length of stay* IGD
  - Komitmen bersama
  - Penataan sistem skrining pasien
  - Kebijakan:
    - level residen IGD
    - Ketentuan penegakan diagnosa
    - Kewenangan DPJP onsite
  - Standarisasi layanan Penunjang
  - Pengisian aplikasi TT real time
  - SOP Kamar bedah if antrian IGD Panjang
  - Implementasi EMR

- Def ulang awal pengisian waktu LOS
3. Sistem Akuntansi Rawat Inap Kanggo Sadaya (Sariksa). Penyelesaian administrasi pasien pulang rawat inap BPJS sesuai hak kelas perawatan dilakukan di ruang perawatan. (Uji coba Ruangan Alamanda)
- Meningkatkan koordinasi antar bagian terkait
  - Untuk menghindari penyalahgunaan, aplikasi SARIKSA hanya bisa digunakan untuk pasien yang sudah dikelompokkan di pendaftaran rawat inap sebagai pasien SARIKSA (Tidak bisa digunakan untuk pasien umum ataupun pasien naik kelas)
  - Aplikasi SARIKSA akan dijalankan bersamaan dengan aplikasi E-KLAIM BPJS, dimana persyaratan kelengkapan klaim sudah terupload di aplikasi
4. Efisiensi Alur Proses Klaim Pasien Rawat Jalan  
Koordinasi dengan Instalasi Rekam Medis, Instalasi Rawat Inap, dan Instalasi Rawat Jalan dan Bidang Medik

### **Rekomendasi**

1. Tersedianya air minum yg memenuhi baku mutu air minum
  - a. Pengolahan air minum dengan teknologi RO sangat memungkinkan untuk dikembangkan di RSHS
  - b. Optimalisasi fungsi instalasi RO perlu didukung mengingat nilai efisiensi yang akan diperoleh oleh RSHS dibandingkan dengan pembelian air galon dari Pihak Ketiga
  - c. Air minum hasil olahan dengan sistem RO mampu memenuhi baku mutu standar air minum sehingga layak untuk dikembangkan secara lebih komprehensif
  - d. Untuk operasional instalasi RO secara berkelanjutan dibutuhkan komitmen dan dukungan manajemen serta seluruh civitas hospitalia.
  - e. Dalam menjamin operasional instalasi RO secara berkelanjutan dibutuhkan dukungan biaya untuk:
    - pengadaan 2-3 orang SDM yang akan bertugas khusus dalam mengoperasionalkan sampai mendistribusikan air minum
    - biaya rutin untuk operasional dan pemeliharaan instalasi RO

- Pengembangann ke depan, diperlukan perluasan ruangan pengolahan sehingga lebih terjamin dari sisi hygienis dan kelayakan produksi air minum
2. Terlaksananya identifikasi dan solusi permasalahan *length of stay*
    - a. Implementasi seluruh solusi yang teridentifikasi
    - b. Melakukan pengukuran tingkat keberhasilan pelaksaan solusi serta efektivitasnya terhadap peningkatan mutu los IGD
    - c. Konsistensi pelaksanaan monitoring evaluasi dengan metoda PDCA/PDSA sehingga terwujud perbaikan berkelanjutan menuju peningkatan mutu layanan
    - d. Komitmen bersama mulai dari pimpinan sampai tenaga pelaksana di pelayanan
  3. Penyusunan kebijakan dan SPO sesuai hasil 4 lean project
  4. Percepatan implementasi lean Efektifitas Alur Proses Klaim Rawat Jalan
  5. Percepatan implementasi lean optimalisasi Proses Administrasi Pasien Pulang sesuai dengan target

### Bukti Kegiatan



Produksi Air Minum  
RS Karyadi Semarang



Produksi Air Minum  
RSUP dr Hasan Sadikin Bandung



Grand Opening  
RSUP dr Hasan Sadikin Bandung



**"PURESH 99"**  
kebaikan tanah RSHS  
yang dipersembahkan  
pada saat RSHS  
berumur 99 tahun

UPAYA TINDAKLANJUT	DATA DUKUNG (SK/Panduan/SOP/UMAN/Foto Kegiatan/dll)	KETERANGAN
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan koordinasi antar bagian terkait</li> <li>2. Untuk menghindari penyalahgunaan, aplikasi SARIKSA hanya bisa digunakan untuk pasien yang sudah dikelompokkan di pendaftaran rawat inap sebagai pasien SARIKSA (Tidak bisa digunakan untuk pasien umum ataupun pasien naik kelas)</li> <li>3. Aplikasi SARIKSA akan dijalankan bersamaan dengan aplikasi E-KLAIM BPJS, dimana persyaratan kelengkapan klaim sudah terupload di aplikasi</li> </ol>		Rapat koordinasi E KLAIM petugas BPJS dengan RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung
Usulan Transporter untuk membantu pengambilan dan distribusi berkas pasien BPJS.		

## 18. Pertumbuhan Pendapatan Pertahun

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2021 dan 2022 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

**Tabel 3.19**  
**Capaian Pertumbuhan pendapatan pertahun**

Realisasi pendapatan pertahun	Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target
	1%	-2.87	2%	-4.91%	3%
<b>Capaian</b>	<b>-287%</b>		<b>-245,65%</b>		<b>-163,67%</b>

Pertumbuhan pendapatan pertahun merupakan prosentasi dari pebandingan pendapatan tahun berjalan dengan pendapatan tahun lalu. Pendapatan PNBP merupakan pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan-pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, tidak termasuk pendapatan dari APBN/RM. Formula perhitungan yang dipergunakan adalah  $\{(pendapatan Tahun Berjalan dikurang Pendapatan Tahun lalu)\} \text{ dibagi pendapatan tahun lalu}\} \text{ di kali } 100\%$

## Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan pendapatan pertahun :

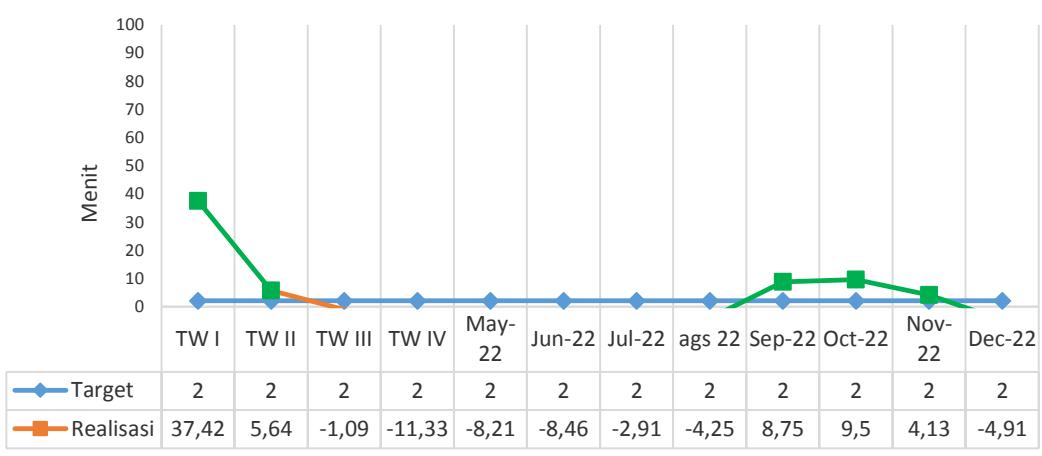
$$\begin{aligned}
 &= [(pendapatan Tahun Berjalan dikurang Pendapatan Tahun lalu) \\
 &\quad \text{dibagi (pendapatan tahun lalu)}] \times 100\% \\
 &= (-42.332.818.925/861.631.812.086) \times 100\% \\
 &= -4,91\%
 \end{aligned}$$

Capaian pendapatan pertahun pada tahun 2022 ditargetkan 2%, realisasi -4,91% atau sebesar -245,65%. Capaian pertumbuhan pendapatan pertahun pada Tahun 2022 mengalami peningkatan sebesar 41,35%. Progres capaian kinerja Tahun 2022 terhadap jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar -163,67 %.

### Perhitungan Pertumbuhan Pendapatan Pertahun

BULAN	2021	2022	Pertumbuhan Pendapatan		%
			2021	2022	
JANUARI	38.581.999.457	53.018.954.366	38.581.999.457	53.018.954.366	37,4%
FEBRUARI	44.020.903.480	34.241.519.648	82.602.902.937	87.260.474.014	5,6%
MARET	59.722.160.022	53.508.067.062	142.325.062.959	140.768.541.076	-1,1%
TRIWULAN I	142.325.062.959	140.768.541.076			
APRIL	47.435.872.742	27.497.943.455	189.760.935.701	168.266.484.531	-11,3%
MEI	48.692.549.397	50.618.924.620	238.453.485.098	218.885.409.151	-8,2%
JUNI	78.695.881.015	71.433.664.454	317.149.366.113	290.319.073.605	-8,5%
TRIWULAN I+II	317.149.366.113	290.319.073.605			
JULI	55.510.927.031	71.506.712.663	372.660.293.144	361.825.786.268	-2,9%
AGUSTUS	44.156.085.941	37.279.260.606	416.816.379.085	399.105.046.874	-4,2%
SEPTEMBER	48.691.758.980	107.143.627.286	465.508.138.065	506.248.674.160	8,8%
TRIWULAN I+II+III	465.508.138.065	506.248.674.160			
OKTOBER	68.797.503.901	78.795.632.106	534.305.641.966	585.044.306.266	9,5%
NOVEMBER	100.634.533.693	76.144.267.061	634.940.175.659	661.188.573.327	4,1%
DESEMBER	226.691.636.427	158.110.419.834	861.631.812.086	819.298.993.161	-4,9%
JUMLAH SETAHUN	861.631.812.086	819.298.993.161			

**Grafik 3.18**  
**Capaian Persentase Pertumbuhan Pendapatan Pertahun**  
**Periode Januari-Desember 2022**



#### **Analisis kendala/hambatan:**

1. Dispute Klaim Nuklir Tahun 2021 sd Desember 2022 sebesar Rp 13.928.056.100
2. Pendapatan berdasarkan hasil Coding untuk pelayanan bulan Desember 2022 sebesar Rp 47.899.987.900, yang akan diajukan ke BPJS dari total tersebut terbit hasil verifikasi dalam kisaran 80% sebesar Rp 38.319.990.320
3. Pendapatan pasien covid terbit BAHV sebesar Rp 1.459.959.300.

#### **Langkah strategis perbaikan:**

1. Percepatan klaim melalui pelaksanaan cut off di N+9 hari dalam bulan berjalan hari sehingga Penerimaan Klaim BPJS diterima N+1 (akhir bulan berkenaan)
2. Percepatan melalui e-klaim

#### **Rekomendasi**

Monev capaian target pendapatan rumah sakit oleh unit keuangan

#### **19. Persentase Berkas Pasien BPJS Layak Klaim**

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2021 dan Tahun 2022 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

**Tabel 3.20**  
**Capaian Presentase Berkas Pasien BPJS Layak Klaim**

Realisasi Presentase Berkas Pasien BPJS Layak Klaim	Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target
	80%	86,12%	90%	91.51%	86%
<b>Capaian</b>	107,65%		101,68%		106,40%

Persentase Berkas pasien BPJS Layak Klaim adalah :

1. Berkas pasien rawat jalan yang layak klaim adalah jumlah berkas pasien yang berobat jalan, baik di poliklinik rawat jalan ataupun di Instalasi Gawat Darurat, yang sudah melalui proses purifikasi dan dinyatakan layak klaim, pada tahap awal pengklaiman. Adapun berkas yang dinyatakan layak klaim adalah berkas yang sudah memenuhi persyaratan kelengkapan berkas sesuai dengan standar klaim BPJS. (untuk rawat jalan : lembar individual pasien/SEP, resume medis, billing RS, persyaratan penunjang. Berkas klaim IGD : lembar individual pasien, SEP, SBPK, Resume Medis , Billing RS, Berkas Penunjang.
2. Berkas pasien rawat inap yang layak klaim adalah jumlah berkas pasien yang dirawat inap di RSHS yang sudah melalui proses purifikasi dan dinyatakan layak klaim.

3. Jumlah SEP pasien yang berobat jalan : adalah jumlah SEP pasien yang datang ke RSHS untuk berobat jalan
4. Jumlah SEP pasien rawat inap : adalah jumlah SEP pasien yang menjalai rawat inap di RSHS

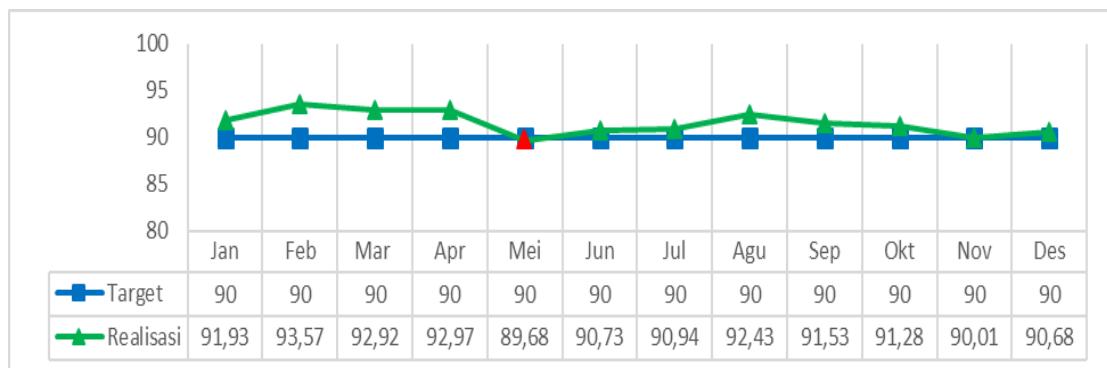
Formula yang digunakan adalah {[Persentasi jumlah berkas yg layak klaim rawat jalan dan rawat inap] dibagi dengan [jumlah SEP pasien yang berobat jalan dan rawat inap di RSHS]} dikali 100

Perhitungan berkas pasien BPJS layak klaim :

$$\begin{aligned} & \{[\text{Persentasi jumlah berkas yg layak klaim rawat jalan dan rawat inap}] \\ & \text{dibagi dengan [jumlah SEP pasien yang berobat jalan dan rawat inap} \\ & \text{di RSHS]}\} \text{ dikali 100} \\ & = 334.231 / 365.245 \times 100 = 91,51\% \end{aligned}$$

Capaian Persentase Berkas pasien BPJS Layak Klaim pada Tahun 2022 ditargetkan sebesar 90%, realisasi mencapai 91,51% atau capaian sebesar 101,68%. Capaian Tahun 2022 mengalami penurunan dibanding Tahun 2021 yaitu sebesar 5,97%. Progres capaian kinerja Tahun 2022 terhadap jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 106,40%.

**Grafik 3.19**  
**Capaian Persentase Berkas Pasien BPJS Layak Klaim**  
**Periode Januari-Desember 2022**



#### Analisis kendala/hambatan:

1. Pengembalian berkas dari masing-masing poliklinik ke Kantor Instalasi Rawat Jalan seringkali terlambat (Sebagai contoh: Berkas pelayanan Juli dikembalikan ke IRJ bulan November sebanyak 4000 berkas) sehingga sampai ke IPK juga terlambat. (lambat pengiriman berkas klaim Ke BPJS)
2. Kelengkapan berkas klaim belum tersosialisasikan ke Semua DPJP:

- Tanda tangan/paraf SBPK tidak dilakukan oleh DPJP
- Tanda tangan/paraf SBPK tidak langsung dilakukan sesetelah saat selesai pelayanan thd masing-masing pasien, namun dikumpulkan dan dikirim ke kantor KSM → Terlambat dikirim kembali ke Kantor IRJ → Terlambat dikirim ke IPK dan Rekam Medis

#### **Langkah strategis perbaikan:**

1. Program Percepatan klaim
  - Menyederhanakan alur berkas klaim
  - Menambah jumlah SDM yang menangani berkas klaim: Coder, Verifikator di ruangan.
  - Monitoring dan evaluasi
2. Program Perbaikan kualitas berkas klaim
  - Optimalisasi Petugas Administrasi Ruangan
  - Optimalisasi MPP (Manajer Pelayanan Pasien)
  - Monev dan road show terkait kelengkapan berkas klaim di KSM
  - Feedback ke masing-masing unit terkait pengisian rekam medis dan kelengkapan klaim
  - Mengaktifkan kembali kegiatan OMRR

#### **Rekomendasi**

1. Koordinasi untuk penyelesaian kendala antar unit terkait (IPK, Rekam Medik, Instalasi rawat jalan, Instalasi rawat Inap)
2. Peningkatan perbaikan isi rekam medis untuk perbaikan kualitas berkas klaim

## **20. Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)**

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2021 dan Tahun 2022 serta terhadap jangka menengah Tahun 2024, yaitu :

**Tabel 3.21**

#### **Capaian Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)**

Realisasi Rasio pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)	Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Target
	76%	93,36%	80%	84,70%	85%	75%
<b>Capaian</b>	122,84%		105,88%		99,65	112,93%

Rasio pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO) adalah membandingkan antara pendapatan PNBP yang diterima rumah sakit dengan biaya operasional yang dikeluarkan.

1. Pendapatan PNBP merupakan seluruh pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN (Rupiah Murni).
2. Biaya Operasional merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, yang sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBP satker BLU, tidak termasuk biaya penyusutan.

Formula yang digunakan adalah:

$$(\text{Pendapatan PNBP}/\text{Biaya Operasional}) \times 100\%$$

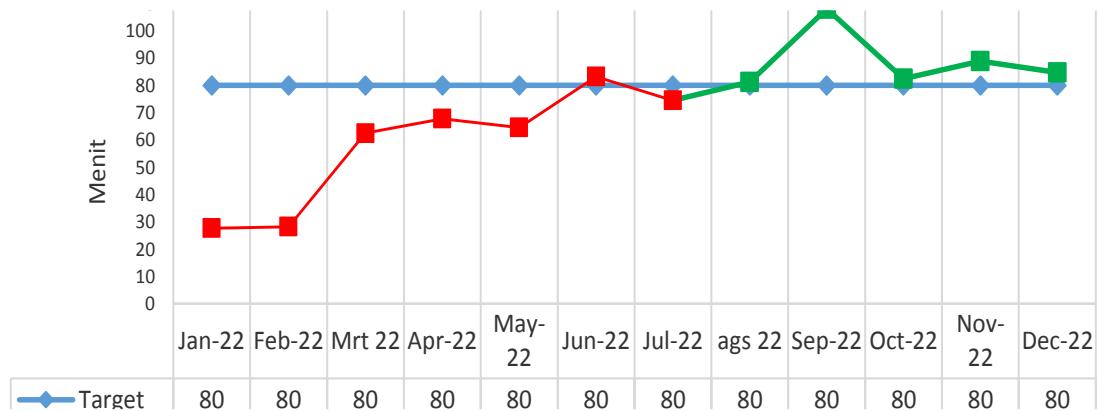
**Capaian/kondisi yang dicapai:**

Perhitungan rasio Pendapatan PNBP terhadap biaya oprasional :

POBO = 84,70%

Capaian rasio pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO) pada tahun 2022 ditargetkan 80%, realisasi 84,70% atau capaian sebesar 105,88%. Terdapat penurunan capaian Tahun 2022 dibanding Tahun 2021 yaitu sebesar 16,96%. Progres capaian kinerja Tahun 2022 terhadap jangka menengah Tahun 2024 terpenuhi sebesar 99,65%, dan terhadap target nasional terpenuhi sebesar 112,93%.

**Grafik 3.20**  
**Capaian Rasio pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)**  
**Periode Januari-Desember 2022**



### **Analisis kendala/hambatan:**

1. Pengakuan pendapatan belum optimal disebabkan klaim belum 100%
  2. Belum dilakukan evaluasi pendapatan perunit pelayanan

### **Langkah strategis perbaikan:**

1. Perbaikan kualitas berkas rekam medik, salah satunya dengan peningkatan penggunaan EMR dan Bridging E-klaim untuk perbaikan severity level yang berdampak pada pendapatan
  2. Feedback POBO hasil koding inacbg's kepada unit layanan

## **Rekomendasi**

Melakukan upaya peningkatan POBO dengan program peningkatan kualitas klaim, kendali biaya, peningkatan pendapatan melalui layanan unggulan dan briging dengan e-klaim

## Bukti Kegiatan

UPAYA TINDAKLANJUT	KETERANGAN
<p>1. Perbaikan kualitas berkas rekam medik salah satunya dengan peningkatan penggunaan EMR dan Bridging E Klaim untuk perbaikan severity level yang berdampak pada pendapatan</p> <p>2. Feedback POBO hasil coding inacbg's kepada unit layanan</p>	<p>Dengan terimplementasikan Bridging E Claim akan dikembangkan Laporan POBO perunit, dengan manfaat yang diharapkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Unit Pelayanan dapat mengetahui pendapatan yang dihasilkan</li> <li>2. Unit Pelayanan dapat mengevaluasi kinerja yang perlu diperbaiki.</li> </ol>

## B. Realisasi Anggaran

### 1. Sumber Daya Anggaran dan Realisasi

**Tabel 3.22**  
**Sumber Daya Anggaran dan Realisasi**

NO	URAIAN	PAGU (Rp)	REALISASI		%
			TW 4	TOTAL TA 2022	
I	<b>Anggaran APBN (RM)</b>				
A.	<b>Belanja Pegawai</b>	<b>148.208.467.000</b>	<b>31.481.306.301</b>	<b>139.350.264.681</b>	<b>94,02</b>
-	Belanja Gaji Pokok PNS	95.934.384.000	19.868.823.400	93.595.198.100	97,56
-	Belanja Pembulatan Gaji PNS	1.304.000	270.785	1.292.891	99,15
-	Belanja Tunjangan Suami/ Istri PNS	7.641.953.000	1.467.940.140	6.948.507.930	90,93
-	Belanja Tunjangan Anak PNS	2.227.083.000	413.640.364	1.964.015.212	88,19
-	Belanja Tunjangan Struktural PNS	193.219.000	22.005.000	127.980.000	66,24
-	Belanja Tunjangan Fungsional PNS	13.103.800.000	2.774.991.000	12.608.096.000	96,22
-	Belanja Tunjangan PPh PNS	511.673.000	67.101.712	400.846.928	78,34
-	Belanja Tunjangan Beras PNS	5.372.442.000	1.118.526.900	5.276.593.620	98,22
-	Belanja Uang Makan PNS	20.803.117.000	5.123.026.000	16.294.585.000	78,33
-	Belanja Tunjangan Umum PNS	1.220.828.000	191.560.000	957.930.000	78,47
-	Belanja Lembur	1.198.664.000	433.421.000	1.175.219.000	98,04
	<b>Belanja Pegawai P3K</b>	<b>1.168.838.000</b>	<b>240.163.755</b>	<b>955.240.787</b>	<b>81,73</b>
-	Belanja Gaji Pokok P3K	691.999.000	148.285.200	642.569.200	92,86
-	Belanja Pembulatan Gaji P3K	93.000	2.405	9.037	9,717
-	Belanja Tunjangan Suami/ Istri P3K	69.201.000	11.518.470	49.913.370	72,13
-	Belanja Tunjangan Anak P3K	27.682.000	4.765.800	11.914.500	43,04
-	Belanja Tunjangan Struktural P3K	0	0	0	0
-	Belanja Tunjangan Fungsional P3K	79.149.000	13.980.000	60.580.000	76,54
-	Belanja Tunjangan Beras P3K	71.154.000	11.876.880	50.983.680	71,65
-	Belanja Uang Makan P3K	199.560.000	49.273.000	138.638.000	69,47
-	Belanja Tunjangan Umum P3K	0	0	0	0
-	Belanja Lembur P3K	30.000.000	462.000	633.000	2,11

	<b>B. Belanja Modal</b>	<b>99.153.767.000</b>	<b>95.661.084.663</b>	<b>97.804.128.076</b>	98,64
-	Alat Kesehatan dan Pendidikan	5.952.899.000	3.809.854.957	5.952.898.370	100
-	Gedung	0	0	0	0
-	Fasilitas Perkantoran	0	0	0	0
-	Kendaraan	0	0	0	0
-	<b>BELANJA PERALATAN DAN MESIN C-19</b>	<b>93.200.868.000</b>	<b>91.851.229.706</b>	<b>91.851.229.706</b>	<b>98,55</b>

C.	<b>Belanja Operasional</b>		<b>8.423.029.000</b>	<b>456.007.385</b>	<b>8.111.225.845</b>	<b>96,3</b>	
-	Listrik, Air, dan Telepon		<b>8.423.029.000</b>	456.007.385	8.111.225.845	<b>96,3</b>	
-	Makanan/ Minuman		0	0	-	-	
-	Obat-obatan		0	0	0	-	
-	Belanja Barang Operasional Lainnya		0	0	-	-	
<b>TOTAL I</b>		<b>256.954.101.000</b>	<b>127.838.562.104</b>	<b>246.220.859.389</b>	<b>95,82</b>		
II	<b>Anggaran PNBP-BLU</b>						
A.	<b>Belanja Barang</b>		<b>833.960.776.000</b>	<b>178.749.625.047</b>	<b>744.327.153.579</b>	<b>89,25</b>	
-	Belanja Pegawai		322.153.522.000	76.980.586.422	313.547.411.958	97,33	
-	Belanja Barang		70.482.384.000	23.883.115.065	63.176.276.560	89,63	
-	Belanja Jasa		7.846.883.000	4.089.508.569	6.878.834.249	87,66	
-	Belanja Pemeliharaan		37.087.325.000	25.834.743.493	30.029.721.810	80,97	
-	Belanja Perjalanan		895.443.000	557.450.258	895.372.223	99,99	
-	Belanja Penye. Barang Jasa BLU		74.882.895.000	19.419.180.913	52.862.036.005	70,59	
-	Belanja Persediaan Konsumsi		272.659.598.000	19.419.180.913	257.686.600.708	94,51	
-	Belanja Persediaan Pemeliharaan		3.067.490.000	1.512.910.110	2.080.250.136	67,82	
-	Belanja Jasa BLU kepada BLU Lain		0	0	0	0	
-	Belanja Barang BLU - COVID-19		1.156.688.000	0	0	0	
-	Belanja Barang Persediaan BLU - COVID-19		43.728.548.000	7.052.949.304	17.170.649.930	39,27	
B.	<b>Belanja Modal</b>		<b>139.670.412.000</b>	<b>91.519.486.371</b>	<b>110.968.146.056</b>	<b>79,45</b>	
-	Peralatan dan Mesin		127.561.578.000	85.789.086.649	101.739.670.433	<b>79,76</b>	
-	Gedung dan Bangunan		11.283.015.000	5.235.399.722	8.727.257.439	<b>77,35</b>	
-	Peralatan dan Mesin terkait COVID19		327.519.000	0	6.218.184	<b>1,899</b>	
-	Belanja Modal Lainnya		498.300.000	495.000.000	495.000.000	<b>99,34</b>	
<b>TOTAL II</b>		<b>973.631.188.000</b>	<b>270.269.111.418</b>	<b>855.295.299.635</b>	<b>87,85</b>		
III	<b>Anggaran PLN</b>						
A.	<b>Belanja Barang PLN</b>		<b>4.538.880.000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
-	Belanja Barang Operasional Lainnya		0	0	0	0	
-	Belanja Jasa Konsultan		4.538.880.000	0	0	0	
B.	<b>BELANJA MODAL PLN</b>		<b>153.308.160.000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
-	Gedung dan Bangunan		153.308.160.000	67244625151	67.244.625.151	<b>43,86</b>	
<b>TOTAL III</b>		<b>157.847.040.000</b>	<b>67244625151</b>	<b>67.244.625.151</b>	<b>42,6</b>		
<b>GRAND TOTAL (I+II+III)</b>		<b>1.388.432.329.000</b>	<b>398.107.673.522</b>	<b>1.168.760.784.175</b>	<b>84,18</b>		

## 2. Sumber Daya Manusia

Tabel 3.23

Komposisi SDM berdasarkan jenis tenaga (Desember 2022) :

NO	Rincian Jenis Tenaga	PNS/CPNS/P3K KEMENKES	BLU RSKS	Tenaga Mitra RSKS	Tenaga UNPAD	Jumlah
<b>1 Fungsional Non kesehatan</b>						
1.1	Administrator Kesehatan	2				<b>2</b>
1.2	Analisis Hukum	4				<b>4</b>
1.3	Analisis Kepegawaian	21				<b>21</b>
1.4	Arsiparis	9				<b>9</b>
1.5	Auditor	3				<b>3</b>
1.6	Pekerja Sosial	2				<b>2</b>
1.7	Perencana	8				<b>8</b>
1.8	Pranata Humas	4	6			<b>10</b>
1.9	Pranata Keuangan APBN	8				<b>8</b>
1.1	Pranata Komputer	14	7			<b>21</b>
1.11	Pustakawan	1				<b>1</b>
1.12	Analisis Pengelolaan Keuangan APBN	11				<b>11</b>
<b>2 Tenaga Administrasi</b>						
2.1	Eselon/Struktural	3				<b>3</b>
2.2	Pengadministrasian Umum / Pengelola Data	104	190	1		<b>295</b>
<b>3 Tenaga Gizi</b>						
3.1	Nutrisionis	40	2			<b>42</b>
<b>4 Tenaga Kebidanan</b>						
4.1	Bidan	51	22			<b>73</b>
<b>5 Tenaga Kefarmasian</b>						
5.1	Apoteker	35	7			<b>42</b>
5.2	Tenaga Teknik Kefarmasian	57	62			<b>119</b>
<b>6 Tenaga Keperawatan</b>						
6.1	Perawat	939	226			<b>1165</b>
<b>7 Tenaga Kesehatan Lingkungan</b>						
7.1	Sanitarian	15				<b>15</b>
<b>8 Tenaga Kesehatan Masyarakat</b>						
8.1	Pembimbing Kesehatan kerja	6	1			<b>7</b>
8.2	Penyuluhan Kesehatan Masyarakat Ahli	1				<b>1</b>
<b>9 Tenaga Keteknisian Medis</b>						
9.1	Audiologi		1			<b>1</b>
9.2	Asisten Penata Anestesi	7				<b>7</b>

9.3	Perekam Medis	57	31			<b>88</b>
9.4	Teknisi Gigi	1	1			<b>2</b>
9.5	Teknisi kardiovaskuler	1				<b>1</b>
9.6	Terapis Gigi Dan Mulut	15				<b>15</b>
<b>10</b>	<b>Tenaga Keterapian fisik</b>					
10.1	Fisioterapi	14				<b>14</b>
10.2	Okupasi Terapis	3	1			<b>4</b>
10.3	Terapis Wicara	3				<b>3</b>
<b>11</b>	<b>Tenaga Medis</b>					
11.1	Dokter Gigi Spesialis	15		1	3	<b>19</b>
11.2	Dokter Gigi Umum				1	<b>1</b>
11.3	Dokter Spesialis	251	1	16	104	<b>372</b>
11.4	Dokter Umum	25	1			<b>26</b>
<b>12</b>	<b>Tenaga Psikologi Klinis</b>					
12.1	Psikolog	2				<b>2</b>
<b>13</b>	<b>Tenaga Strategis</b>					
13.1	Pekarya & Pelaksana Rumah Tangga	93	47			<b>140</b>
13.2	Pelaksana CSSD	9	5			<b>14</b>
13.3	Petugas Keamanan	6				<b>6</b>
13.4	Teknisi	43	3			<b>46</b>
<b>14</b>	<b>Tenaga Teknik BioMedika</b>					
14.1	Fisikawan	6				<b>6</b>
14.2	Ortotis Prostetis	3				<b>3</b>
14.3	Pranata Lab Kes	63	37			<b>100</b>
14.4	Radiografer	34	12			<b>46</b>
14.5	Teknisi Elektromedis	11				<b>11</b>
<b>Jumlah Total</b>		<b>2000</b>	<b>663</b>	<b>18</b>	<b>108</b>	<b>2789</b>

*Tabel 3.24*  
Komposisi SDM berdasarkan Jenjang Pendidikan yang telah disesuaikan:

No.	Jenis Pendidikan	Jumlah
1	Dokter spesialis konsultan	197
2	Dokter spesialis	139
3	Dokter umum	20
4	Dokter gigi spesialis	17
5	Dokter gigi	1
6	S-3	38
7	S-2	115
8	S-1 + Profesi	468
9	S-1 / D-4	277
10	D-3	1274
11	D-1	4
12	SLTA	221

13	SLTP	15
14	SD	3
	J u m l a h	2789

Tabel 3.25  
Komposisi SDM berdasarkan Jenis Jabatan :

NO	JENIS JABATAN	JUMLAH
1	Eselon II.b	3
2	Administrator Kesehatan Ahli Muda (JF)	2
3	Analisis Hukum Ahli Madya (JF)	1
4	Analisis Hukum Ahli Muda (JF)	3
5	Analisis Kepegawaian Ahli Madya (JF)	1
6	Analisis Kepegawaian Ahli Muda (JF)	9
7	Analisis Kepegawaian Ahli Pertama (JF)	4
8	Analisis Kepegawaian Mahir (JF)	2
9	Analisis Kepegawaian Penyelia (JF)	2
10	Analisis Kepegawaian Terampil (JF)	3
11	Analisis Pengelolaan Keuangan APBN Ahli Madya (JF)	3
12	Analisis Pengelolaan Keuangan APBN Ahli Muda (JF)	6
13	Analisis Pengelolaan Keuangan APBN Ahli Pertama (JF)	1
14	Apoteker Ahli Madya (JF)	14
15	Apoteker Ahli Muda (JF)	7
16	Apoteker Ahli Pertama (JF)	4
17	Arsiparis Ahli Madya (JF)	2
18	Arsiparis Ahli Muda (JF)	3
19	Arsiparis Mahir (JF)	2
20	Arsiparis Terampil (JF)	2
21	Asisten Apoteker Mahir (JF)	11
22	Asisten Apoteker Penyelia (JF)	8
23	Asisten Apoteker Terampil (JF)	18
24	Asisten Penata Anestesi Mahir (JF)	4
25	Asisten Penata Anestesi Penyelia (JF)	3
26	Auditor Ahli Muda (JF)	2
27	Bidan Ahli Madya (JF)	3
28	Bidan Ahli Muda (JF)	6
29	Bidan Ahli Pertama (JF)	5
30	Bidan Mahir (JF)	26
31	Bidan Penyelia (JF)	5
32	Bidan Terampil (JF)	5
33	Dokter Ahli Madya (JF)	10
34	Dokter Ahli Muda (JF)	24
35	Dokter Ahli Pertama (JF)	14
36	Dokter Gigi Ahli Madya (JF)	7

37	Dokter Gigi Ahli Muda (JF)	2
38	Dokter Gigi Ahli Pertama (JF)	1
39	Dokter Gigi Ahli Utama (JF)	3
40	Dokter Pendidik Klinis Ahli Madya (JF)	79
41	Dokter Pendidik Klinis Ahli Muda (JF)	55
42	Dokter Pendidik Klinis Ahli Pertama (JF)	2
43	Dokter Pendidik Klinis Ahli Utama (JF)	45
44	Fisikawan Medis Ahli Madya (JF)	2
45	Fisikawan Medis Ahli Muda (JF)	2
46	Fisikawan Medis Ahli Pertama (JF)	1
47	Fisioterapis Ahli Madya (JF)	5
48	Fisioterapis Mahir (JF)	4
49	Fisioterapis Penyelia (JF)	3
50	Fisioterapis Terampil (JF)	2
51	Nutrisionis Ahli Madya (JF)	8
52	Nutrisionis Ahli Muda (JF)	16
53	Nutrisionis Ahli Pertama (JF)	4
54	Nutrisionis Terampil (JF)	2
55	Okupasi Terapis Mahir (JF)	2
56	Okupasi Terapis Penyelia (JF)	1
57	Ortotis Prostetis Mahir (JF)	1
58	Ortotis Prostetis Terampil (JF)	2
59	Pekerja Sosial Ahli Madya (JF)	1
60	Pembimbing Kesehatan Kerja Ahli Muda (JF)	3
61	Penyuluhan Kesehatan Masyarakat Ahli Pertama (JF)	1
62	Perawat Ahli Madya (JF)	73
63	Perawat Ahli Muda (JF)	153
64	Perawat Ahli Pertama (JF)	84
65	Perawat Mahir (JF)	184
66	Perawat Penyelia (JF)	268
67	Perawat Terampil (JF)	38
68	Perekam Medis Ahli Madya (JF)	1
69	Perekam Medis Ahli Muda (JF)	5
70	Perekam Medis Ahli Pertama (JF)	3
71	Perekam Medis Mahir (JF)	26
72	Perekam Medis Penyelia (JF)	5
73	Perekam Medis Terampil (JF)	10
74	Perencana Ahli Madya (JF)	2
75	Perencana Ahli Muda (JF)	4
76	Perencana Ahli Pertama (JF)	2
77	Pranata Hubungan Masyarakat Ahli Muda (JF)	3
78	Pranata Hubungan Masyarakat Ahli Pertama (JF)	1
79	Pranata Keuangan APBN Mahir (JF)	2
80	Pranata Keuangan APBN Penyelia (JF)	1

81	Pranata Keuangan APBN Terampil (JF)	1
82	Pranata Komputer Ahli Madya (JF)	1
83	Pranata Komputer Ahli Muda (JF)	3
84	Pranata Komputer Ahli Pertama (JF)	4
85	Pranata Komputer Terampil (JF)	1
86	Pranata Laboratorium Kesehatan Ahli Madya (JF)	6
87	Pranata Laboratorium Kesehatan Ahli Muda (JF)	17
88	Pranata Laboratorium Kesehatan Ahli Pertama (JF)	1
89	Pranata Laboratorium Kesehatan Mahir (JF)	3
90	Pranata Laboratorium Kesehatan Penyelia (JF)	18
91	Pranata Laboratorium Kesehatan Terampil (JF)	6
92	Psikologi Klinis Madya (JF)	1
93	Psikologi Klinis Muda (JF)	1
94	Pustakawan Ahli Pertama (JF)	1
95	Radiografer Ahli Madya (JF)	8
96	Radiografer Ahli Muda (JF)	2
97	Radiografer Ahli Pertama (JF)	1
98	Radiografer Mahir (JF)	5
99	Radiografer Penyelia (JF)	3
100	Radiografer Terampil (JF)	9
101	Sanitarian Ahli Madya (JF)	5
102	Sanitarian Ahli Muda (JF)	3
103	Sanitarian Ahli Pertama (JF)	1
104	Sanitarian Mahir (JF)	1
105	Sanitarian Penyelia (JF)	6
106	Teknisi Elektromedis Ahli Madya (JF)	6
107	Teknisi Elektromedis Ahli Muda (JF)	3
108	Teknisi Elektromedis Ahli Pertama (JF)	1
109	Teknisi Elektromedis Mahir (JF)	1
110	Terapis Gigi dan Mulut Ahli Madya (JF)	4
111	Terapis Gigi dan Mulut Mahir (JF)	1
112	Terapis Gigi dan Mulut Penyelia (JF)	10
113	Terapis Wicara Mahir (JF)	1
114	Terapis Wicara Penyelia (JF)	1
115	Staf (Jabatan Pelaksana)	527
116	Pegawai Non PNS BLU	663
117	Staf Medis Unpad	108
118	Tenaga Kontrak BLU (Tenaga Mitra)	18
	<b>Total Jumlah Pegawai Desember 2022</b>	<b>2789</b>

### 3. Sumber Daya Sarana dan Prasarana

**Tabel 3.26**  
**Posisi Barang Milik Negara (BMN) RSHS**  
**per 31 Desember - Tahun 2022**

No	URAIAN	Qtt	KEADAAN/KONDISI			Nilai (Rp)
			BAIK	RUSAK RINGAN	RUSAK BERAT	
A	<b>TANAH</b>	<b>87,798</b>	-	-	-	<b>2,381,708,969,000</b>
2.01.01	Tanah Persil	87,798	-	-	-	2,381,708,969,000
B	<b>PERALATAN DAN MESIN</b>	<b>63,761</b>	<b>62,440</b>	<b>405</b>	<b>916</b>	<b>1,442,012,512,002</b>
3.01.01	Alat Besar Darat	2	1	1	-	9,105,000
3.01.02	Alat Besar Apung	39	39	-	-	62,626,000
3.01.03	Alat Bantu	124	121	1	2	35,106,321,202
3.02.01	Alat Angkutan Darat Bermotor	32	25	-	7	7,864,040,410
3.02.02	Alat Angkutan Darat Tak Bermotor	178	168	7	3	1,637,297,350
3.03.01	Alat Bengkel Bermesin	41	35	1	5	512,848,516
3.03.02	Alat Bengkel Tak Bermesin	498	495	3	-	224,104,420
3.03.03	Alat Ukur	342	342	-	-	1,198,024,166
3.04.01	Alat Pengolahan	282	280	-	2	509,612,453
3.05.01	Alat Kantor	6,979	6,839	89	51	23,475,946,323
3.05.02	Alat Rumah Tangga	19,881	19,563	107	211	78,225,209,571
3.06.01	Alat Studio	564	564	-	-	10,942,007,218
3.06.02	Alat Komunikasi	1,058	1,005	6	47	4,235,987,565
3.06.03	Peralatan Pemancar	51	51	-	-	6,862,279,457
3.07.01	Alat Kedokteran	22,546	22,060	131	355	1,070,041,777,055
3.07.02	Alat Kesehatan Umum	858	858	-	-	4,180,026,880
3.08.01	Unit Alat Laboratorium	3,362	3,232	45	85	73,893,407,842
3.08.02	Unit Alat Laboratorium Kimia Nuklir	770	768	-	2	3,502,012,441
3.08.03	Alat Laboratorium Fisika Nuklir/Elektronika	78	77	-	1	37,757,483,801
3.08.04	Alat Proteksi Radiasi/Proteksi Lingkungan	140	96	-	44	4,470,076,293
3.08.05	Radiation Application&Non Destructive Testing Laboratory	1	1	-	-	58,991,000
3.08.06	Alat Laboratorium Lingkungan Hidup	316	315	-	1	3,096,276,512
3.08.07	Peralatan Laboratorium Hydrodinamica	29	29	-	-	842,225,000
3.08.08	Alat Laboratorium Standarisasi Kalibrasi & Instrumentasi	225	225	-	-	1,607,437,380
3.09.02	Persenjataan Non Senjata Api	1	1	-	-	49,635,455
3.09.04	Alat Khusus Kepolisian	21	21	-	-	14,999,000
3.10.01	Komputer Unit	1,991	1,906	8	77	22,453,799,396
3.10.02	Peralatan Komputer	2,801	2,774	6	21	22,026,200,091
3.11.02	Alat Eksplorasi Geofisika	1	1	-	-	171,000
3.13.03	Pengolahan dan Pemurnian	2	2	-	-	1,310,318,185
3.15.01	Alat Deteksi	6	6	-	-	858,000
3.15.02	Alat Pelindung	35	35	-	-	242,707,500
3.15.03	Alat Sar	12	8	-	-	150,293,025
3.15.04	Alat Kerja Penerbangan	28	28	-	-	246,938,186
3.16.01	Alat Peraga Pelatihan dan Percontohan	73	73	-	-	21,820,357,020
3.17.01	Unit Peralatan Proses/Produksi	365	365	-	2	2,950,316,994
3.19.01	Peralatan Olah Raga	29	29	-	-	430,794,295

No	URAIAN	Qtt	KEADAAN/KONDISI			Nilai (Rp)
			BAIK	RUSAK RINGAN	RUSAK BERAT	
<b>C.</b>	<b>GEDUNG DAN BANGUNAN</b>	<b>115</b>	<b>109</b>	-	<b>6</b>	<b>655,619,293,697</b>
4.01.01	Bangunan Gedung Tempat Kerja	74	72	-	2	655,046,576,667
4.01.02	Bangunan Gedung Tempat Tinggal	1	1	-	-	163,423,000
4.04.01	Tugu/Tanda Batas	40	36	-	4	409,294,030
<b>D.</b>	<b>JALAN DAN JEMBATAN</b>	<b>22,271</b>	<b>22,266</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>3,998,002,500</b>
5.01.01	Jalan	22,271	22,266	4	1	3,998,002,500
<b>E.</b>	<b>IRIGASI</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	-	-	<b>5,288,362,080</b>
5.02.04	Bangunan Pengaman Sungai/Pantai & Penanggulangan Bencana	1	1	-	-	2,667,941,990
5.02.05	Bangunan Pengembangan Sumber Air dan Sumber Tanah	6	6	-	-	187,954,000
5.02.06	Bangunan Air Bersih/Air Baku	3	3	-	-	19,755,470
5.02.07	Bangunan Air Kotor	7	7	-	-	2,412,710,620
<b>F.</b>	<b>JARINGAN</b>	<b>57</b>	<b>57</b>	-	-	<b>4,674,937,308</b>
5.03.01	Instalasi Air Bersih/Air Baku	2	2	-	-	302,839,000
5.03.07	Instalasi Pertahanan	1	1	-	-	20,320,300
5.03.08	Instalasi Gas	1	1	-	-	42,176,200
5.03.10	Instalasi Lain	2	2	-	-	35,833,600
5.04.02	Jaringan Listrik	50	50	-	-	4,252,033,208
5.04.03	Jaringan Telephone	1	1	-	-	21,735,000
<b>G.</b>	<b>ASET TETAP LAINNYA</b>	<b>929</b>	<b>929</b>	-	-	<b>77,197,462</b>
6.01.01	Bahan Perpustakaan Tercetak	929	929	-	-	77,197,462
<b>H.</b>	<b>ASET TETAP YANG TIDAK DIGUNAKAN</b>	<b>535</b>	-	-	<b>535</b>	<b>8,622,155,168</b>
3.01.03	Alat Bantu	2	-	-	2	71,500,000
3.01.01	Alat Besar Darat	-	-	-	-	-
3.02.01	Alat Angkutan Darat Bermotor	1	-	-	1	240,139,000
3.02.02	Alat Angkutan Darat Tak Bermotor	1	-	-	1	100,000
3.03.01	Alat Bengkel Bermesin	-	-	-	-	-
3.03.02	Alat Bengkel Tak Bermesin	-	-	-	-	-
3.03.03	Alat Ukur	-	-	-	-	-
3.04.01	Alat Pengolahan	2	-	-	2	148,000
3.05.01	Alat Kantor	37	-	-	37	15,043,000
3.05.02	Alat Rumah Tangga	192	-	-	192	473,655,012
3.06.01	Alat Studio	-	-	-	-	-
3.06.02	Alat Komunikasi	47	-	-	47	19,968,624
3.07.01	Alat Kedokteran	137	-	-	137	3,817,282,500
3.08.01	Unit Alat Laboratorium	20	-	-	20	2,545,019,878
3.08.02	Unit Alat Laboratorium Kimia Nuklir	-	-	-	-	-
3.08.08	Alat Laboratorium Standarisasi Kalibrasi & Instrumentasi	-	-	-	-	-
3.10.01	Komputer Unit	77	-	-	77	630,977,799
3.10.02	Peralatan Komputer	16	-	-	16	56,996,105
3.17.01	Unit Peralatan Proses/Produksi	2	-	-	2	744,970,000
4.01.01	Bangunan Gedung Tempat Kerja	1	-	-	1	6,355,250
4.01.02	Bangunan Gedung Tempat Tinggal	-	-	-	-	-
<b>I.</b>	<b>PATEN</b>	<b>65</b>	<b>65</b>	-	-	<b>10,474,847,371</b>
8.01.01	Aset Tak Berwujud	65	65	-	-	10,474,847,371
<b>J.</b>	<b>KONTRUKSI DALAM PENGERTAAN</b>	-	-	-	-	<b>71,981,333,551</b>
7.01.01	Gedung dan Bangunan	-	-	-	-	71,981,333,551

Sumber daya sarana dan prasarana atau Barang Milik Negara (BMN) yang dimiliki RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung adalah sebagaimana pada dokumen Laporan Barang Kuasa Pengguna Tahun Anggaran 2022. Barang Milik Negara (BMN) Gabungan Intrakomptabel dan Ekstrakomtable RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahunan per 31 Desember Tahun Anggaran 2022 bernilai nominal sebesar Rp4.584.457.610.139,- dengan uraian per kelompok barang sebagai berikut:

- a. Tanah, dengan kode kelompok barang 131111, seluas 87.798 M<sup>2</sup> dengan nilai nominal sebesar Rp2.381.708.969.000,-
- b. Peralatan dan Mesin, dengan kode kelompok barang 132111, sejumlah 61.787 unit dengan nilai nominal sebesar Rp1.442.012.512.002,-
- c. Gedung dan Bangunan, dengan kode kelompok barang 133111, sejumlah 108 unit dengan nilai nominal sebesar Rp655.619.293.697-
- d. Jalan dan Jembatan, dengan kode kelompok barang 134111, 22.271m<sup>2</sup> lokasi dengan nilai nominal sebesar Rp3.998.002.500,-
- e. Irigasi, dengan kode kelompok barang 134112, sejumlah 17 unit dengan nilai nominal sebesar Rp5.288.362.080,-
- f. Jaringan, dengan kode kelompok barang 134113, sejumlah 57 unit dengan nilai nominal sebesar Rp4.674.937.308,-
- g. Konstruksi dalam penggeraan gedung dan bangunan dengan kode kelompok 136111 sebesar Rp71.981.333.551,-
- h. Aset tidak berwujud, dengan kode kelompok barang 162151, 162161, dan 162171, dengan nilai nominal sebesar Rp10.474.847.371,-
- i. Aset Tetap Lainnya, dengan kode kelompok 135121, dengan nilai nominal sebesar Rp77.197.462,-
- j. Aset tetap yang tidak digunakan, dengan kode kelompok barang 166112, sejumlah 958 unit dengan nilai nominal sebesar Rp8.622.155.168,-

**Tabel 3.27**  
**Laporan Operasional Tahun 2022**

**LAPORAN OPERASIONAL - BLU**  
**TINGKAT SATUAN KERJA**  
**UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 31 DESEMBER 2022 DAN 2021**  
(dalam rupiah)

KEMENTERIAN NEGARA/LEMBAGA : 024	KEMENTERIAN KESEHATAN	Kode Lap : LO.SATBLU
ESELON I : 04	DITJEN PELAYANAN KESEHATAN	Tanggal : 25/01/23 9:26 AM
WILAYAH/PROVINSI : 0200	JAWA BARAT	Halaman : 1
SATUAN KERJA : 415479	RUMAH SAKIT UMUM DR HASAN SADIKIN BANDUNG	Prg ID : lap_blu_lo_satker
JENIS SATUAN KERJA : K8		Tgl Data : 25/01/23 2:14 AM

URAIAN	2022	2021	KENAIKAN/ PENURUNAN	(%)
KEGIATAN OPERASIONAL	0	0	0	0
PENDAPATAN OPERASIONAL	0	0	0	0
Pendapatan Alokasi APBN	313,419,978,850	152,132,079,463	161,287,899,387	106.018
Pendapatan Jasa Layanan dari Masyarakat	727,041,636,283	503,765,845,908	223,275,790,375	44.321
Pendapatan Jasa Layanan dari Entitas Lain	37,655,211,170	328,012,352,120	(290,357,140,950)	(88.52)
Pendapatan Hibah BLU	21,223,392,381	4,556,703,407	16,666,688,974	365.762
Pendapatan Hasil Kerja Sama BLU	0	1,179,167,719	(1,179,167,719)	(100)
Pendapatan BLU Lainnya	15,536,412,305	9,807,348,585	5,729,063,720	58.416
JUMLAH PENDAPATAN OPERASIONAL	1,114,876,630,989	999,453,497,202	115,423,133,787	11.549
JUMLAH PENDAPATAN	1,114,876,630,989	999,453,497,202	115,423,133,787	11.549
BEBAN OPERASIONAL	0	0	0	0
Beban Pegawai	453,807,411,735	405,838,691,031	47,968,720,704	11.82
Beban Persediaan	38,833,837,048	317,514,898,466	(278,681,061,418)	(87.769)
Beban Barang dan Jasa	131,088,755,742	114,054,313,113	17,034,442,629	14.935
Beban Pemeliharaan	32,349,652,161	27,525,421,595	4,824,230,566	17.526
Beban Perjalanan Dinas	895,372,223	563,190,649	332,181,574	58.982
Beban Barang untuk Dijual/Diserahkan kepada Masyarakat	0	0	0	0
Beban Bantuan Sosial	0	0	0	0
Beban Penyusutan dan Amortisasi	152,369,640,484	124,381,536,098	27,988,104,386	22.502
Beban Penyisihan Piutang Tak Tertagih	(5,817,218,797)	1,277,436,819	(7,094,655,616)	(555.38 2)
JUMLAH BEBAN OPERASIONAL	803,527,450,596	991,155,487,771	(187,628,037,175)	(18.93)
SURPLUS/DEFISIT DARI KEGIATAN OPERASIONAL	311,349,180,393	8,298,009,431	303,051,170,962	3,652.0 95
KEGIATAN NON OPERASIONAL	0	0	0	0
Surplus/Defisit Pelepasan Aset Non Lancar	377,326,076	440,845,276	(63,519,200)	(14.409)
Pendapatan Pelepasan Aset Non Lancar	473,997,224	440,845,276	33,151,948	7.52
Beban Pelepasan Aset Non Lancar	96,671,148	0	96,671,148	
Surplus/Defisit dari Kegiatan Non Operasional Lainnya	59,227,529,448	(132,170,840)	59,359,700,288	(44,911. 344)
Pendapatan Kegiatan Non Operasional Lainnya	65,343,430,791	1,109,115,811	64,234,314,980	5,791.4 89
Beban Kegiatan Non Operasional Lainnya	6,115,901,343	1,241,286,651	4,874,614,692	392.707
JUMLAH SURPLUS/DEFISIT DARI KEGIATAN NON OPERASIONAL	59,604,855,524	308,674,436	59,296,181,088	19,209. 942
SURPLUS/DEFISIT - LO	370,954,035,917	8,606,683,867	362,347,352,050	4,210.0 69

## C. EFISIENSI SUMBER DAYA

1. Efisiensi implementasi Indikator Kinerja Utama (IKU) lean project yang dipilih Tahun 2022:

1.1 Revitalisasi Pengelolaan Air Minum Pegawai di RSRS

- Pengadaan air minum dengan teknologi reserve osmosis (RO)
- Tersedianya air minum aman dan sehat secara mandiri untuk pasien, keluarga dan pegawai
- Efisiensi biaya pengadaan air minum

1.2 Alur pelayanan IGD (respon time IGD)

- Delivery time pelayanan IGD kurang dari 4 jam
- Efisiensi biaya pelayanan IGD
- Terlaksananya identifikasi dan solusi permasalahan *length of stay* IGD
- Penataan sistem skrining pasien
- Tersusun Kebijakan:
  - level residen IGD
  - Ketentuan penegakan diagnosa
  - Kewenangan DPJP onsite
- Standarisasi layanan Penunjang
- Pengisian aplikasi TT real time

1.3 Efektifitas Alur Proses Klaim Rawat Jalan

- Efisiensi waktu Proses Klaim Pasien Rawat Jalan
- Peningkatan berkas layak klaim
- Peningkatan pendapatan RS

1.4 Optimalisasi Proses Administrasi Pasien Pulang (SARIKSA)

- Efisiensi waktu proses pasien pulang
- Integrasi dengan E-klaim BPJS

2. Efisiensi Pengendalian SPPD, untuk setiap kegiatan maksimal 2 (dua) peserta

## BAB IV

### KESIMPULAN

Capaian kinerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2022 dalam meningkatkan pelayanan kesehatan, pendidikan dan penelitian dapat dilihat melalui hasil pengukuran pencapaian target tiap-tiap indikator yang mendukung sasaran program sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. Hasan Sadikin Tahun 2020 – 2024 dan capaian dari kegiatan yang merupakan tugas pokok dan fungsi di tiap-tiap Bagian.

Pada umumnya pelaksanaan kegiatan untuk mendukung program-program yang ada telah mendekati pencapaian maksimal sesuai target yang telah direncanakan. Pencapaian dari 20 IKU yang diperjanjikan pada Perjanjian Kinerja Tahun 2022, 12 IKU telah berhasil mencapai target dan 8 IKU belum mencapai target. Adapun IKU yang belum mencapai target adalah kepuasan masyarakat, angka kematian Neonatal Dini yang tinggi, belum optimalnya penyelenggaraan RME, waktu tunggu rawat jalan masih lebih dari 60 menit, kasus sisirute dengan keputusan DPJP masih lebih dari 1 jam, rendahnya kepuasan pegawai, persentase berkas pasien BPJS layak klaim, dan hal tersebut berdampak terhadap IKU pertumbuhan pendapatan yang belum memenuhi target Tahun 2022.

Realisasi belanja RSUP Dr. Hasan Sadikin Tahun 2022 sebesar Rp. 1.168.760.784.175,- (satu triliun seratus enam puluh delapan miliar tujuh ratus enam puluh juta tujuh ratus delapan puluh empat ribu seratus tujuh puluh lima rupiah), Total alokasi PAGU anggaran Tahun 2022 sebesar Rp. 1.388.432.329.000,- (satu triliun tiga ratus delapan puluh delapan miliar empat ratus tiga puluh dua juta tiga ratus dua puluh Sembilan ribu rupiah). Realisasi belanja dibandingkan dengan total alokasi PAGU TA 2022 sebesar 84,18%.

Keberhasilan yang telah dicapai pada Tahun 2022 diharapkan dapat menjadi parameter agar kegiatan-kegiatan di masa mendatang dapat dilaksanakan secara lebih efektif dan efisien. Sedangkan untuk hal-hal yang menghambat tercapainya target dan

rencana pelaksanaan kegiatan diharapkan yang akan menjadi perhatian utama dalam pelaksanaan program dan kegiatan Tahun 2023.

Laporan akuntabilitas kinerja RSUP Dr. Hasan Sadikin ini selain merupakan media pertanggungjawaban kinerja, juga diharapkan dapat digunakan sebagai alat komunikasi dan bahan masukan bagi para pemangku jabatan baik dilingkungan RSUP Dr. Hasan Sadikin maupun di tingkat Kementerian Kesehatan RI dalam rangka peningkatan kinerja dimasa yang akan datang.

## Lampiran

### 1. Laporan Neraca Tahun 2022

**NERACA - BLU**  
**TINGKAT SATUAN KERJA**  
**PER DESEMBER 2022 DAN 2021**  
**(DALAM RUPIAH)**



KEMENTERIAN NEGARA/LEMBAGA: 024

KEMENTERIAN KESEHATAN

UNIT ORGANISASI : 04

DITJEN PELAYANAN KESEHATAN

KD UAPP AW

: 024040200KD

BA(024) ES1(04) JAWA BARAT

KODE SATKER

: 415479

RUMAH SAKIT UMUM DR HASAN SADIKIN BANDUNG

Tgl Data 25/01/23 2:08 AM  
 Tgl. Cetak 25/01/2023 9:26 AM  
 laporan\_neraca\_satker

NAMA PERKIRAAN	JUMLAH		Kenaikan (Penurunan)	
	2022	2021	Jumlah	%
1	2	3	4	5
<b>ASET</b>				
<b>ASSET LANCAR</b>				
Kas Lainnya dan Setara Kas	78,673,860	333,161,700	(254,487,840)	(76.39)
Kas pada Badan Layanan Umum	217,394,977,488	367,356,101,976	(149,961,124,488)	(40.82)
Investasi Jangka Pendek - Badan Layanan Umum	160,000,000,000	0	160,000,000,000	0.00
Piutang dari kegiatan Operasional Badan Layanan Umum	76,401,400,580	160,120,583,978	(83,719,183,398)	(52.29)
Penyisihan Piutang Tidak Tertagih - Piutang dari Kegiatan Operasional BLU	(61,003,717,747)	(66,818,195,921)	5,814,478,174	(8.70)
<b>PIUTANG DARI KEGIATAN OPERASIONAL BLU (NETTO)</b>	<b>15,397,682,833</b>	<b>93,302,388,057</b>	<b>(77,904,705,224)</b>	<b>(83.50)</b>
Piutang dari Kegiatan Non Operasional Badan Layanan Umum	386,821,173	934,945,359	(548,124,186)	(58.63)
Penyisihan Piutang Tidak Tertagih - Piutang dari Kegiatan Non Operasional BLU	(1,934,105)	(4,674,728)	2,740,623	(58.63)
<b>PIUTANG DARI KEGIATAN NON OPERASIONAL BLU (NETTO)</b>	<b>384,887,068</b>	<b>930,270,631</b>	<b>(545,383,563)</b>	<b>(58.63)</b>
Persediaan	323,958,778,344	48,088,333,598	275,870,444,746	573.67
<b>JUMLAH ASSET LANCAR</b>	<b>717,214,999,593</b>	<b>510,010,255,962</b>	<b>207,204,743,631</b>	<b>40.63</b>
<b>ASSET TETAP</b>				
Tanah	2,381,708,969,000	2,381,708,969,000	0	0.00
Peralatan dan Mesin	1,439,931,556,076	1,213,365,423,271	226,566,132,805	18.67
Gedung dan Bangunan	655,462,207,017	643,842,930,688	11,619,276,329	1.80
Jalan, Irigasi dan Jaringan	13,961,301,888	13,961,301,888	0	0.00
Aset Tetap Lainnya	77,197,462	77,197,462	0	0.00
Konstruksi Dalam Pengerjaan	71,981,333,551	4,736,708,400	67,244,625,151	1,419.65
<b>AKUMULASI PENYUSUTAN</b>	<b>(1,159,225,939,626)</b>	<b>(1,004,702,242,446)</b>	<b>(154,523,697,180)</b>	<b>15.38</b>
<b>JUMLAH ASSET TETAP</b>	<b>3,403,896,625,368</b>	<b>3,252,990,288,263</b>	<b>150,906,337,105</b>	<b>4.64</b>
<b>ASSET LAINNYA</b>				
Aset Tak Berwujud	10,474,847,371	5,784,047,371	4,690,800,000	81.10
Aset Lain-lain	8,610,501,294	33,663,918,518	(25,053,417,224)	(74.42)
<b>AKUMULASI PENYUSUTAN/AMORTISASI ASSET LAINNYA</b>	<b>(13,328,534,790)</b>	<b>(37,389,501,761)</b>	<b>24,060,966,971</b>	<b>(64.35)</b>
<b>JUMLAH ASSET LAINNYA</b>	<b>5,756,813,875</b>	<b>2,058,464,128</b>	<b>3,698,349,747</b>	<b>179.67</b>
<b>JUMLAH ASET</b>	<b>4,126,868,438,836</b>	<b>3,765,059,008,353</b>	<b>361,809,430,483</b>	<b>9.61</b>
<b>KEWAJIBAN</b>				
<b>KEWAJIBAN JANGKA PENDEK</b>				
Uang kepada Pihak Ketiga	40,847,915,200	41,157,844,627	(309,929,427)	(0.75)
Pendapatan Diterima Dimuka	1,022,574,917	244,500,000	778,074,917	318.23
<b>JUMLAH KEWAJIBAN JANGKA PENDEK</b>	<b>41,870,490,117</b>	<b>41,402,344,627</b>	<b>468,145,490</b>	<b>1.13</b>
<b>JUMLAH KEWAJIBAN</b>	<b>41,870,490,117</b>	<b>41,402,344,627</b>	<b>468,145,490</b>	<b>1.13</b>
<b>EKUITAS</b>				

## 2.Laporan Arus Kas Tahun 2022

**LAPORAN ARUS KAS**  
**SATUAN KERJA BADAN LAYANAN UMUM**  
**UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 31 DESEMBER 2022 DAN 2021**  
 (dalam rupiah)



KEMENTERIAN NEGARA/LEMBAGA : 024	KEMENTERIAN KESEHATAN	Kode Lap : LAK.SAT
ESELON I : 04	DITJEN PELAYANAN KESEHATAN	Tanggal : 25/01/23 9:27 AM
WILAYAH/PROVINSI :	BA(024) ES1(04) JAWA BARAT	Halaman : 1
SATUAN KERJA : 415479	RUMAH SAKIT UMUM DR HASAN SADIKIN BANDUNG	Prg ID : lap_lak_satker
JENIS SATUAN KERJA : K8		Tgl Data : 25/01/23 2:13 AM

URAIAN	2022	2021	KENAIKAN/ PENURUNAN	(%)
AKTIVITAS OPERASI				
ARUS MASUK KAS OPERASI	0	0	0	0
Pendapatan dari Alokasi APBN	313,419,978,650	152,132,079,463	161,287,899,387	106.02
Pendapatan dari Jasa Layanan kepada Masyarakat	765,733,693,368	535,695,892,490	230,037,800,878	42.94
Pendapatan dari Jasa Layanan kepada Entitas Lain	38,261,617,690	315,736,114,030	(277,474,496,340)	(87.88)
Pendapatan dari Hasil Kerja Sama	0	0	0	0
Pendapatan dari Hibah	827,861,440	8,301,000	819,560,440	9,873.03
Pendapatan Usaha Lainnya	14,353,484,792	9,807,348,585	4,546,136,207	46.35
Pendapatan dari Pengembalian Belanja BLU TAYL	122,335,871	384,155,981	(261,820,110)	(68.15)
Pendapatan PNBP Umum	72,793,678	724,959,830	(652,166,152)	(89.96)
JUMLAH ARUS MASUK KAS OPERASI	1,132,791,765,689	1,014,488,851,379	118,302,914,310	11.66
ARUS KELUAR KAS OPERASI	0	0	0	0
Pembayaran Pegawai	(453,807,411,735)	(402,048,570,795)	(51,758,840,940)	12.87
Pembayaran Barang	(63,202,581,069)	(52,886,843,345)	(10,315,737,724)	19.51
Pembayaran Jasa	(14,660,060,094)	(13,560,840,768)	(1,099,219,326)	8.11
Pembayaran Barang Menghasilkan Persediaan	(276,886,072,775)	(270,298,746,559)	(6,587,326,216)	2.44
Pembayaran Pemeliharaan	(30,027,088,810)	(26,668,890,689)	(3,358,198,121)	12.59
Pembayaran Perjalanan Dinas	(895,372,223)	(563,190,649)	(332,181,574)	58.98
Pembayaran Barang dan Jasa Kekhususan BLU	(53,202,114,479)	(46,239,923,757)	(6,962,190,722)	15.06
Pembayaran Bantuan Sosial	0	0	0	0
Pembayaran Barang untuk Dijual/Diserahkan kepada Masyarakat	0	0	0	0
Pembayaran Pengembalian Pendapatan BLU TAYL	0	0	0	0
Penyetoran PNBP ke Kas Negara	(546,790,902)	(1,165,805,106)	619,014,204	(53.1)
JUMLAH ARUS KELUAR KAS OPERASI	(893,227,492,087)	(813,432,811,668)	(79,794,680,419)	9.81
ARUS KAS BERSIH DARI AKTIVITAS OPERASI	239,564,273,602	201,056,039,711	38,508,233,891	19.15
AKTIVITAS INVESTASI	0	0	0	0
ARUS MASUK KAS INVESTASI	0	0	0	0
Penjualan atas Tanah	0	0	0	0
Penjualan atas Peralatan dan Mesin	473,997,224	226,627,777	247,369,447	109.15
Penjualan atas Gedung dan Bangunan	0	0	0	0
Penjualan atas Jalan, Irigasi, dan Jaringan	0	0	0	0

NERACA - BLU

TINGKAT SATUAN KERJA  
PER DESEMBER 2022 DAN 2021  
(DALAM RUPIAH)



KEMENTERIAN NEGARA/LEMBAGA : 024

KEMENTERIAN KESEHATAN

UNIT ORGANISASI : 04

DITJEN PELAYANAN KESEHATAN

KDUAPPAW : 024040200KD

BA(024) ES1(04) JAWA BARAT

KODE SATKER : 415479

RUMAH SAKIT UMUM DR HASAN SADIKIN BANDUNG

Tgl Data 25/01/23 2:08 AM

Tgl Cetak 25/01/2023 9:26 AM

lap\_blu\_neraca\_satker

NAMA PERKIRAAN	JUMLAH		Kenaikan (Penurunan)	
	2022	2021	Jumlah	%
1	2	3	4	5
<b>EKUITAS</b>				
Ekuitas	4,084,997,948,719	3,723,656,663,726	361,341,284,993	9.70
JUMLAH EKUITAS	4,084,997,948,719	3,723,656,663,726	361,341,284,993	9.70
JUMLAH EKUITAS	4,084,997,948,719	3,723,656,663,726	361,341,284,993	9.70
JUMLAH KEWAJIBAN DAN EKUITAS	4,126,868,438,836	3,765,059,008,353	361,809,430,483	9.61

**LAPORAN ARUS KAS**  
**SATUAN KERJA BADAN LAYANAN UMUM**  
**UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 31 DESEMBER 2022 DAN 2021**  
(dalam rupiah)



KEMENTERIAN NEGARA/LEMBAGA : 024	KEMENTERIAN KESEHATAN	Kode Lap : LAK.SAT
ESELON I : 04	DITJEN PELAYANAN KESEHATAN	Tanggal : 25/01/23 9:27 AM
WILAYAH/PROVINSI :	BA(024) ES1(04) JAWA BARAT	Halaman : 2
SATUAN KERJA : 415479	RUMAH SAKIT UMUM DR HASAN SADIKIN BANDUNG	Prg ID : lap_lak_satker
JENIS SATUAN KERJA : K8		Tgl Data : 25/01/23 2:13 AM

URAIAN	2022	2021	KENAIKAN/ PENURUNAN	(%)
Penjualan atas Aset Tetap Lainnya/Aset Lainnya	0	214,217,499	(214,217,499)	(100)
Penerimaan Kembali Investasi yang Berasal dari APBN (BA BUN Investasi)	0	0	0	0
JUMLAH ARUS MASUK KAS INVESTASI	473,997,224	440,845,276	33,151,948	7.52
ARUS KELUAR KAS INVESTASI	0	0	0	0
Perolehan atas Tanah	0	0	0	0
Perolehan atas Peralatan dan Mesin	(199,604,077,693)	(64,583,752,384)	(135,020,325,309)	209.06
Perolehan atas Gedung dan Bangunan	(75,971,882,590)	(20,071,051,874)	(55,900,830,716)	278.51
Perolehan atas Jalan, Irigasi, dan Jaringan	0	0	0	0
Perolehan atas Aset Tetap Lainnya/ Aset Lainnya	(495,000,000)	0	(495,000,000)	0
Pengeluaran Investasi yang Berasal dari APBN (BA BUN Investasi)	0	0	0	0
JUMLAH ARUS KELUAR KAS INVESTASI	(276,070,960,283)	(84,654,804,258)	(191,416,156,025)	226.11
ARUS KAS BERSIH DARI AKTIVITAS INVESTASI	(275,596,963,059)	(84,213,958,982)	(191,383,004,077)	227.26
AKTIVITAS PENDANAAN	0	0	0	0
ARUS MASUK KAS PENDANAAN	0	0	0	0
Penerimaan Pembiayaan Investasi yang Berasal dari APBN (BA BUN Investasi)	0	0	0	0
Penerimaan Pengembalian Setoran ke Kas Negara	0	0	0	0
JUMLAH ARUS MASUK KAS PENDANAAN	0	0	0	0
ARUS KELUAR KAS PENDANAAN	0	0	0	0
Penyetoran ke Kas Negara	0	0	0	0
Pengeluaran atas Pengembalian Pembiayaan Investasi yang Berasal dari APBN (BA BUN Investasi)	0	0	0	0
JUMLAH ARUS KELUAR KAS PENDANAAN	0	0	0	0
ARUS KAS BERSIH DARI AKTIVITAS PENDANAAN	0	0	0	0
AKTIVITAS TRANSITORIS	0	0	0	0
ARUS MASUK KAS TRANSITORIS	0	0	0	0
Penerimaan Perhitungan Pihak Ketiga	6,980,346,944	310,259,293	6,670,087,651	2,149.84
Penerimaan atas transfer masuk Kas BLU dari BLU lain	0	0	0	0
JUMLAH ARUS MASUK KAS TRANSITORIS	6,980,346,944	310,259,293	6,670,087,651	2,149.84
ARUS KELUAR KAS TRANSITORIS	0	0	0	0
Pengeluaran Perhitungan Pihak Ketiga	(7,290,276,371)	0	(7,290,276,371)	0
Pengeluaran atas transfer keluar Kas BLU kepada BLU lain	0	0	0	0
JUMLAH ARUS KELUAR KAS TRANSITORIS	(7,290,276,371)	0	(7,290,276,371)	0

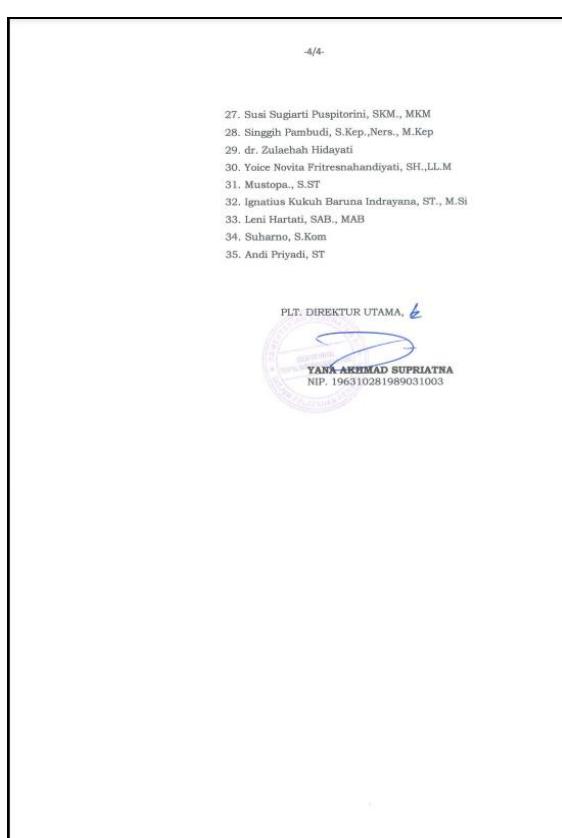
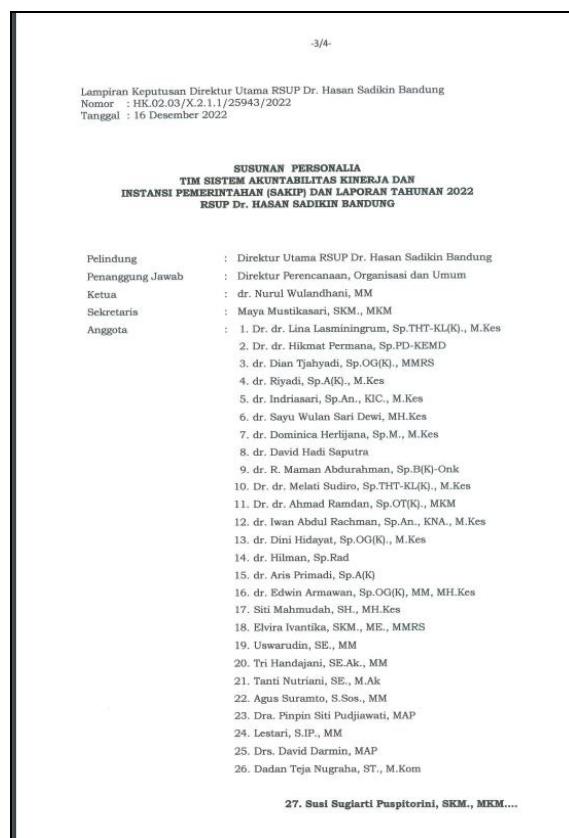
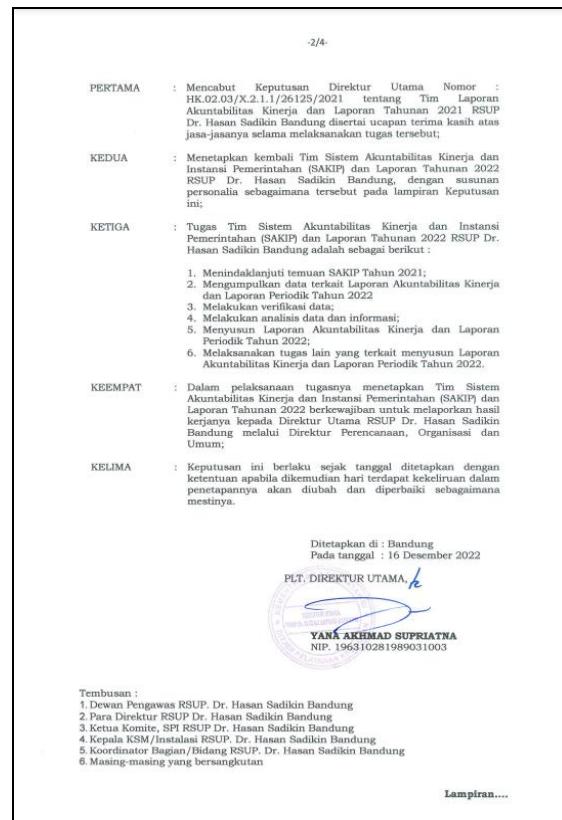
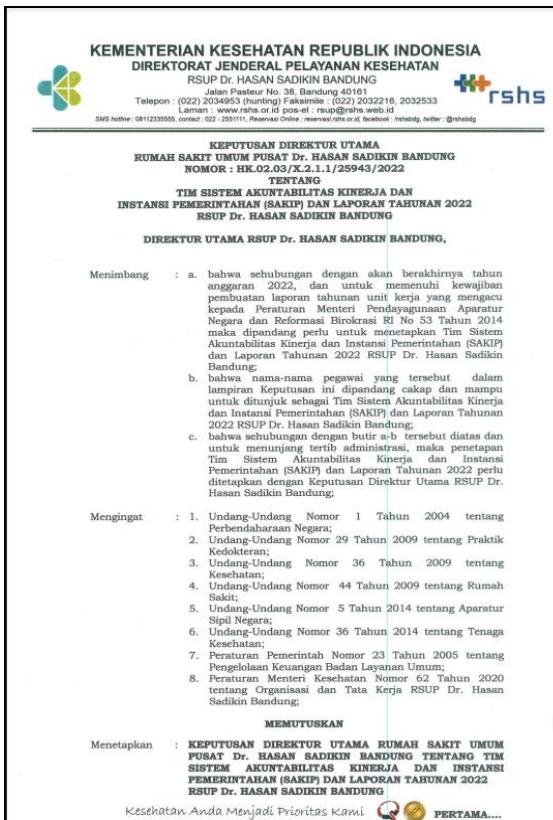
**LAPORAN ARUS KAS**  
**SATUAN KERJA BADAN LAYANAN UMUM**  
**UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 31 DESEMBER 2022 DAN 2021**  
(dalam rupiah)



KEMENTERIAN NEGARA/LEMBAGA : 024 ESelon I : 04 WILAYAH/PROVINSI : SATUAN KERJA : 415479 JENIS SATUAN KERJA : KB	KEMENTERIAN KESEHATAN DITJEN PELAYANAN KESEHATAN BA(024) ES1(04) JAWA BARAT RUMAH SAKIT UMUM DR HASAN SADIKIN BANDUNG	Kode Lap : LAK.SAT Tanggal : 25/01/23 9:27 AM Halaman : 3 Prg ID : lap_lak_satker Tgl Data : 25/01/23 2:13 AM
---	--	---

URAIAN	2022	2021	KENAIKAN/ PENURUNAN	(%)
ARUS KAS BERSIH DARI AKTIVITAS TRANSITORIS	(309,929,427)	310,259,293	(620,188,720)	(199.89)
KENAIKAN/PENURUNAN KAS	(36,342,618,884)	117,152,340,022	(153,494,958,906)	(131.02)
Penyesuaian atas Selisih Kurs	0	0	0	0
Saldo Awal Kas	367,689,263,676	250,536,923,654	117,152,340,022	46.76
Koreksi Saldo Kas	0	0	0	0
SALDO AKHIR KAS	331,346,644,792	367,689,263,676	(36,342,618,884)	(9.88)
Rincian Saldo Akhir Kas antara lain :	0	0	0	0
Saldo Akhir Kas pada BLU	171,323,412,519	367,356,101,976	(196,032,689,457)	(53.36)
Saldo Akhir Kas Lainnya dan Setara Kas	78,673,860	333,161,700	(254,487,840)	(76.39)
Investasi Jangka Pendek BLU	160,000,000,000	0	160,000,000,000	0
Saldo Akhir Dana Kelolaan BLU	0	0	0	0
Saldo Akhir Kas BLU yang Dibatasi Penggunaannya	0	0	0	0
Jumlah Rincian Saldo	331,402,086,379	367,689,263,676	(36,287,177,297)	(9.87)
Rincian Lainnya Pos Kas di Neraca :	0	0	0	0
Saldo Akhir Kas pada BLU (yang belum disahkan)	46,071,564,969	0	46,071,564,969	0
Saldo Akhir Kas di Bendahara Pengeluaran	0	0	0	0

### 3. SK TIM LAKIP TAHUN 2022



#### 4. SK PIC Indikator Kinerja Unit

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN**  
**RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG**  
 RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung  
 Jl. Prof. Dr. S. Harahap No. 30, Bandung 40132  
 Telepon : (022) 2034953, 2034954 Fax : (022) 2032216, 2032533  
 Laman : www.rsbs.go.id Pos-kt : rsup@rsbs.go.id  
 DPT Another : 0612201955, Center Center : 031 - 250111, Reversen Online : reversion.rsbs.go.id, Facebook : rsbs\_bandung, Instagram : rsbs\_bandung

**KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA**  
**RUMAH SAKIT UMUM PUSAT (RSUP) Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG**  
**NOMOR : HK.02.03/X.4.2.1/17076/2020**  
**TENTANG**  
**PERSON INCHARGE (PIC) INDIKATOR KINERJA UNIT**  
**RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG**

**DIREKTUR UTAMA RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG**

**Menimbang**

- a. bahwa indikator kinerja RSUP Dr Hasan Sadikin Bandung telah ditetapkan oleh Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan maupun oleh Direktur Jenderal Perbedaanaraan BLU Kementerian Keuangan;
- b. bahwa semua unit kerja di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung berwenang untuk menyusun/melaporkan hasil kinerja unit sesuai dengan indikator yang telah ditetapkan secara akurat, akuntabel dan tepat waktu;
- c. bahwa sehubungan dengan butir a dan b tersebut dan untuk menunjang pelaksanaan penilaian /laporpan kinerja tersebut, maka perlu ditetapkan Person Incharge (PIC) indikator kinerja unit yang disetujui dengan Keputusan Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.

**Mengingat**

- 1. Undang Undang Nomor 17 tahun 2003 tentang Keuangan Negara;
- 2. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbedaanaraan Negara;
- 3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
- 4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
- 5. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja;
- 6. Peraturan Pemerintah Nomor 74 tahun 2007 tentang perubahan Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
- 7. Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP);
- 8. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 249/P/PMK.02/2011 tentang Pengukuran dan evaluasi kinerja atas pelaksanaan Rencana Kerja dan Anggaran Kementerian Negara / Lembaga;
- 9. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 78 Tahun 2019 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung;
- 10. Peraturan Menteri PAN/RB No 53 Tahun 2014 tentang Juknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan tata cara Reviu atas laporan Kinerja Instansi Pemerintah;
- 11. Peraturan Menteri PAN/RB Nomor 12 Tahun 2015 tentang Juknis Evaluasi SAKIP.

**Memperhatikan :** Pertimbangan Direksi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.

**MEMUTUSKAN...**

*Kesehatan Anda Menjadi Prioritas Kami*  

-2/13-

**MEMUTUSKAN**

**Menetapkan** : **KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UMUM PUSAT Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG TENTANG PERSON IN CHARGE (PIC) INDIKATOR KINERJA UNIT RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG**

**KESATU** : Menetapkan *Person In Charge (PIC)* Indikator Kinerja Unit RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, dengan susunan sebagaimana tersebut dalam lampiran Keputusan ini;

**KEDUA** : Tugas dari *Person In Charge (PIC)* Indikator Kinerja Unit RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, dengan susunan sebagaimana tersebut dalam lampiran Keputusan ini;

**KETIGA** : Dalam pelaksanaan tugasnya, *Person In Charge (PIC)* Unit kerja terkewajibkan untuk melaporkan hasil kegiatannya kepada Direktur Utama melalui Direktur *Person In Charge (PIC)*;

**KEEMPAT** : Keputusan ini berlaku terhitung sejak tanggal ditetapkan, dengan ketentuan apabila dikenakan hari terlapat kekeliruan dalam penetapannya akan dibatasi dan diperbaiki sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Bandung  
Pada tanggal 14 Agustus 2020

  
R. NINA SUSANA DEWI  
NIP. 196212031988032001

*Kesehatan Anda Menjadi Prioritas Kami*  

-3/13-

Lampiran Keputusan Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Nomor : HK.02.03/X.4.2.1/17076/2020 Tanggal : 4 Agustus 2020 Tentang *Person In Charge (PIC)* Indikator Kinerja Unit RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

**DAFTAR SUSUNAN PIC INDIKATOR UNIT**  
**RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG TAHUN 2020**

**IKT Direktur Utama (5 Indikator)**

NO	NAMA INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR
1	Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME)	50%	Bidang Medik	Direktur PMKP
2	Kepatuhan Waktu Visitasi Dokter Penanggung Jawab Pelayanan/DPJP	80%	IHS	Direktur POU
3	Jumlah Kematian Ibu di Rumah Sakit	25%	KSM Obitus	Direktur PMKP
4	Rasio PNBP Terhadap Beban Operasional (PO)	75%	Bag. Akuntansi dan BMN	Direktur Keuangan dan BMN
5	Modifikasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online System/BIOS)	100%	Inst. SIRS	Direktur POU

**IKT Direktur Utama (18 Indikator)**

NO	NAMA INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR
1	Kepatuhan terhadap Clinical Pathway	> 80 %	Bidang Medik	Direktur PMKP
2	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (PORNAS)	> 80 %	Instalasi Farmasi	Direktur PMKP
3	Prosentase Kejadian Pasien Jatuh	< 3 %	IHS	Direktur PMKP
4	Penerapan Keselamatan Operasi (PKO)	100%	IHS	Direktur PMKP
5	Infeksi Daerah Operasi (IDO)	< 2 %	Komite PPIRS	Direktur PMKP
6	Ventilator Associated Pneumonia (VAP)	< 5,8 %	Komite PPIRS	Direktur PMKP
7	Cuci Tangan (Hand Hygiene)	85%	Komite PPIRS	Direktur PMKP
8	Waktu Lapor Hasil Test Kritis Laboratorium	100%	Laboratorium Klinik	Direktur PMKP

9. kematian...  
*Kesehatan Anda Menjadi Prioritas Kami*  

-4/13-

NO	NAMA INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR
9	Kematian Pasien di IGD	< 2,5 %	IGD	Direktur PMKP
10	Ketepatan Identifikasi Pasien	B-PL	Instalasi Rawat Inap	Direktur PMKP
11	Kecepatan Respons terhadap Komplain (KKR)	> 75 %	Humas	Direktur POU
12	Emergency Response Time 2 (ERT)	< 120 menit	IHS	Direktur PMKP
13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTKJ)	< 60 menit	IHS	Direktur PMKP
14	Waktu Tunggu Operasi Elektif (WTE)	< 48 jam	IHS	Direktur PMKP
15	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	< 3 jam	Radiologi	Direktur PMKP
16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	< 30 menit	Instalasi Farmasi	Direktur PMKP
17	Pengembalian Reklam Medik Lengkap dalam waktu 24 jam (PRM)	> 80 %	Instalasi Reklam Medik	Direktur PMKP
18	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POB)	> 65 %	Bag. Akuntansi & Ver	Direktur Keuangan dan BMN

**Indikator BLU (32 Indikator)**

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR
1	Kepatuhan terhadap Clinical Pathway	5 CP I/E	Bid. Medik	Direktur PMKP
2	Prosentase Kejadian Pasien Jatuh	< 3 %	IHS	Direktur PMKP
3	Penerapan Keselamatan Operasi	100%	IHS	Direktur PMKP
4	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (PORNAS)	> 90 %	Farmasi	Direktur PMKP
5	Tidak adanya Kejadian Operasi Salah Sisi	0%	IHS	Direktur PMKP
6	Dekubitus	< 1,5 %	PPIRS	Direktur PMKP
7	Infeksi Saluran Kencing (ISK)	< 4,7 %	PPIRS	Direktur PMKP
8	Infeksi Daerah Operasi (IDO)	< 2 %	PPIRS	Direktur PMKP
9	Ventilator Associated Pneumonia (VAP)	< 5,8 %	PPIRS	Direktur PMKP
10	Phlebitis	< 5 %	PPIRS	Direktur PMKP

11. net...  
*Kesehatan Anda Menjadi Prioritas Kami*  

-5/13-

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR
11	Net Death Rate (NDR)	$\leq 24 \%$	Rid. Medik	Direktur PMKP
12	Kematian pasien di IGD	$\leq 2,5 \%$	IGD	Direktur PMKP
13	Angka Kematian ibu	$\leq 25 \%$	KSM Obgin	Direktur PMKP
14	Kejadian Nyaris Cidera Persepsi Obat (Medication Error)	$\leq 5 \%$	Farmasi	Direktur PMKP
15	Waktu Lapor Hasil Test Kritis Radiologi	100% + 60 mnt	Radiologi	Direktur PMKP
16	Waktu Lapor Hasil Test Kritis Laboratorium	100% + 30 mnt	Laboratorium	Direktur PMKP
17	Bed Occupancy Rate (BOR)	70-80%	IRI	Direktur PMKP
18	Kepuasan Pelanggan (KP)	$\geq 85 \% / \text{sat}$	PE	Direktur POU
19	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	> 75 %	Humas	Direktur POU
20	Emergency Response Time 2 (ERT)	$\leq 120 \text{ mnt}$	IHS	Direktur PMKP
21	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	$\leq 60 \text{ mnt}$	IRJ	Direktur PMKP
22	Waktu Tunggu Operasi Elektif (WTE)	$\leq 48 \text{ jam}$	IRI	Direktur PMKP
23	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTRR)	$\leq 3 \text{ jam}$	Radiologi	Direktur PMKP
24	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTRL)	$\leq 2 \text{ jam}$	Laboratorium	Direktur PMKP
25	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTQJ)	$\leq 30 \text{ minit}$	Farmasi	Direktur PMKP
26	Pengembalian Reklam Medik Lengkap dalam waktu dalam 1x24 jam (PRM)	> 80 %	Medrek	Direktur PMKP
27	% Staf di Area Klinis yang Mendapat Pengelatihan 20 jam / Orang per Tahun	$\geq 70 \% / \text{th}$	Diklit	Direktur SDM
28	% Tingkat Kehandalan Sarana Prasara	$\geq 80 \% / \text{th}$	Fasmed	Direktur POU
29	Tingkat Penilaian Proper	Biru / th	Kesling	Direktur POU
30	Level IT yang Terintegrasi	Stisoed 2 / th	SIRS	Direktur POU
31	Persentase Penelitian yang Dipublikasikan	$\geq 4 / \text{th}$	Diklit	Direktur SDM
32	Rasio Dosen dengan Mahasiswa Kedokteran	1 : 1-5 / th	Komkordik	Direktur SDM

Indikator...

KESALAHAN ANDA MENJADI PRIORITAS KAMI

-7/13-

**Indikator Mutu Nasional (12 Indikator)**

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR
1	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	IRI	Direktur PMKP
2	Waktu Tunggu Pelayanan Gawat Darurat	$\leq 5 \text{ menit}$	IGD	Direktur PMKP
3	Waktu Tunggu Rawat jalan (WTRJ)	$\leq 60 \text{ menit}$	IRJ	Direktur PMKP
4	Penundaan Operasi Elektif	$\leq 5 \text{ menit}$	IHS	Direktur PMKP
5	Kepatuhan Waktu Visite DRJP	$\geq 80\%$	IRI	Direktur PMKP
6	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	100%	Laboratorium	Direktur PMKP
7	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	$\geq 80\%$	Inst Farmasi	Direktur PMKP
8	Kepatuhan Kebersihan Tangan	$\geq 85\%$	PPIRS	Direktur PMKP
9	Kepatuhan terhadap Clinical Pathway	$\geq 80\%$	Bid. Yan Medik	Direktur PMKP
10	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko & Pasien Jatuh	100%	IRI	Direktur PMKP
11	Kepuasan Pasien dan Keluarga	$\geq 80\%$	Bag. PE	Direktur POU
12	Kecepatan Waktu Tunggu Terhadap Komplain	$\geq 80\%$	Sub.Bag Humas	Direktur POU

**Indikator Pelayanan Klinik Prioritas (15 Indikator)**

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR
1	Persentase Perbaikan Lymphedema pada Pasien Ca Mammaria	70%	KSM IKPR	Direktur PMKP
2	Angka Ketepatan Jadwal Kemoterapi LLA Anak	20%	KSM IKA	Direktur PMKP
3	Persentase Waktu Tunggu Operasi Elektif < 48 Jam	40%	KSM Bedah Saraf	Direktur PMKP
4	Persentase Pasien Onkologi Bedah Saraf yang Memerlukan Ruang ICU Pasca Operasi Lantai Rawat Pasien Pasca Operasi Radikal Reseksi Nefrotomy Tumor Onggul < 1 Minggu	75%	KSM Urologi	Direktur PMKP

S.Penurunan...

KESALAHAN ANDA MENJADI PRIORITAS KAMI

-8/13-

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR
5	Pemuraman Kejadian Fistel Faringokut an Pasca Total Laringektomi	20%	KSM THT-KL	Direktur PMKP
6	Decision Time Pasien Onkologi Bedah < 2 jam	85%	IGD	Direktur PMKP
7	Persentase Kasus Lymphedema Lengkap di Padatkan pada Pasien Carcinoma Mammapia yang Melanjutkan Radical Mastectomy atau Modified Radical Mastectomy	40%	KSM Bedah-Onko	Direktur PMKP
8	Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis Obgyn-Onkologi	80%	KSM Obgin	Direktur PMKP
9	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ) Pasien Onkologi < 60 menit	30%	IRJ	Direktur PMKP
10	Ketepatan Waktu Pasien Onkologi Bedah Masuk Rawat Inap Sesuai Jadwal Operasi di Admission Center	78%	IRI	Direktur PMKP
11	Persentase Pemenuhan Obat pada Peti arahan Pasien Kemoterapi di Ruang Asuwatani dan Kemasun Lantai L3	60%	Instalasi Farmasi	Direktur PMKP
12	Kesimpulan Hasil Pemeriksaan Histopatologi Jaringan Pasien Onkologi Bedah < 7 hari	80%	KSM PA	Direktur PMKP
13	Utilisasi Operasi Onkologi Bedah	73%	IHS	Direktur PMKP
14	Angka Kejadian IDO pada Pasien Onkologi bedah < 2%	-	Komite PPIRS	Direktur PMKP
15	Ketepatan dan Kelengkapan Berkas Registrasi Medis Pasien Rawat Inap Onkologi Bedah < 24 jam	80%	Instalasi Reklam Medis	Direktur PMKP

Indikator Unit

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR
1	Persentase Cuci ulang	2,00%	Instalasi Binatu	Direktur POU
2	Persentase ketepatan pendistribusian linen bersih	100%		Direktur POU
3	Kepatuhan penggunaan APD	100%		Direktur POU

4. ketepatan...

KESALAHAN ANDA MENJADI PRIORITAS KAMI

-9/13-

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR
4	Ketepatan waktu penyediaan berkas Reklam Medis di Rawat jalan;	100%		Direktur PMKP
5	Penyelesaian coding klaim JKN rawat jalan 90% < tanggal 10 setiap bulannya;	90%	Instalasi Reklam Medis	Direktur PMKP
6	Penyelesaian coding klaim JKN rawat inap < tanggal 5 setiap bulannya;	85%		Direktur PMKP
7	Pelaksanaan foto verifikasi pada pasien baru sebelum dilakukan pnyinjoran di Ruang Cobalt	100%		Direktur PMKP
8	Pelaksanaan foto verifikasi pada pasien baru sebelum dilakukan pnyinjoran di Ruang Linac	100%		Direktur PMKP
9	Ketepatan kalibrasi dosis keharuan pesawat LINAC untuk radiasi foton dan elektron dengan maksimal penyimpanan sebesar ± 1,5%	100%		Direktur PMKP
10	Kelengkapan formulir informasi pasien berdasarkan berkas reklam medis di Rawat jalan;	100%	Instalasi Radioonkologi	Direktur PMKP
11	Kelengkapan berkas dari saran kunjungan hari pertama Ca Nasofaring	100%		Direktur PMKP
12	Lamanya waktu tunggu pasien baru di poliklinik yang dimulai dari buku reklam medis masuk ke poliklinik sampai pasien diperiksa oleh dokter	100%		Direktur PMKP
13	Kelengkapan asesmen ulang nyeri selama pasien dirawat	100%		Direktur PMKP
14	Kelengkapan asesmen awal keperluan dalam waktu ≤ 12 jam sebelum pasien masuk ke fasilitas Pavillion Parayangan	100%	Instalasi RIK	Direktur PMKP
15	Angka kejadian autoekstubasi pada pasien yang terhubung dengan ventilator di ICU	0%	Instalasi Rawat Intensif	Direktur PMKP
16	Kejadian reintubasi <24 jam setelah ekstubasi pada pasien yang dirawat di ICU	0%		Direktur PMKP
17	Persentase Laporan Kesalahan Dispensing Obat oleh Depo Farmasi	< 0,1%		Direktur PMKP
18	Kesesuaian Stok Obat dengan Kartu Stok di Depo dan Gudang Farmasi	100%		Direktur PMKP
19	Persentase Pemenuhan Obat pada Pelayanan Pasien Kemoterapi di Ruang Asuwatani dan Kemasun Lantai 3	100%		Direktur PMKP

22. TAT...

KESALAHAN ANDA MENJADI PRIORITAS KAMI

-10/13-					
NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR	
20	TAT Pelayanan pemeriksaan cito laboratorium klinik (< 4 jam)	100%	Instalasi Laboratorium Klinik	Direktur PMKP	
21	TAT Pelayanan pemeriksaan rutin laboratorium klinik (< 4 jam)	100%		Direktur PMKP	
22	TAT Pelayanan pemeriksaan cito laboratorium klinik (< 2 jam)	100%		Direktur PMKP	
23	TAT Troponin 1 dalam waktu 90 menit di IGD	100%		Direktur PMKP	
24	Pemulihannya ketika crossmatch dan kejadian reaksi transfusi			Direktur PMKP	
25	Angka pengulangan pemeriksaan laboratorium ≤ 1%	1%		Direktur PMKP	
26	Waktu tunggu pelayanan	<2 jam		Direktur PMKP	
27	TAT pemeriksaan laboratorium Hematologi rutin pasien IGD <30 menit	90%		Direktur PMKP	
28	Kepatuhan kelengkapan pengisian tanda kehadiran pasien yang dilakukan operasi	100%		Direktur PMKP	
29	Angka kejadian hipotermia pasca operasi di ruang pemulihuan	0%		Direktur PMKP	
30	Perusakan jarum spinal yang dilakukan > 3x pada pasien yang mendapatkan tindakan anestesi spinal	0%		Direktur PMKP	
31	Angka Kejadian Konversi Anestesi Regional menjadi Anestesi Umum pada Pasien Elektif COT hantai 3 dan 4	0%		Direktur PMKP	
32	Pelaksanaan assesmen pra anestesi dan sedasi pada pasien operasi yang tidak dilakukan anestesi di COT hantai		KSM Anestesi dan Terapi Intensif	Direktur PMKP	
33	Pemeriksaan pra anestesi/ sedasi pada pasien elektif yang akan dilakukan sedasi dalam operasi			Direktur PMKP	
34	Pelaksanaan assesmen selama anestesi dan sedasi dalam			Direktur PMKP	
35	Pemantauan selama tindakan sedasi dalam			Direktur PMKP	
36	Evaluasi proses pemulihan pasca anestesi dan sedasi dalam			Direktur PMKP	
37	Monitoring dan evaluasi proses pemulihan pasca sedasi			Direktur PMKP	
38	Angka Kejadian NRS ≥4 pada Pasien Pasca Operasi dengan Skala Aldrete 2 di dalam ruang pemulihuan			Direktur PMKP	
39	Kejadian Desaturasi pada Pasien yang Dilakukan Sedasi Sedang Berat di Luar OK			Direktur PMKP	
40. waktu...					

KESAKUTAN ANDA MELAKUKAN PRIORITAS KAMI



-12/13-					
NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR	
60	Clinically Deteriorated Epidural Hematoma (EDH) Response Time		KSM Bedah saraf	Direktur PMKP	
61	Kepatuhan clinical Pathway Glomera				
62	Waktu tunggu rawat jalan	7 hari			
63	Waktu Tunggu Rawat Jalan <60 menit	<60 menit			
64	Waktu Tunggu Operasi Elektif (WTE)	<48 jam			
65	Infeksi Duaolah Operasi	<2%			
66	Waktu tunggu pelayanan sterilitas steam	100%			
67	Kepatuhan penggunaan APD pada saat proses pembersihan	100%			
68	Kematian pasien di IGD	≤ 2,5%			
69	Kepatuhan CP Gawat Janin	100%			
70	Kepatuhan CP Ketuban Pecah Dini	100%			
71	LOS IGD	4 hari			
72	Kepatuhan CP Eklamsi	100%	IGD		
73	Kepatuhan CP Ca Cervix	100%			
74	Kepatuhan CP Kanker Ovarium	100%			
75	LOS CP kanker tulang	4 hari			
76	Kepatuhan CP Prolapsus Tumpul	100%			
77	Kepatuhan CP Prolapsus Uteri + dinding Vagina AP	100%			
78	Kepatuhan CP Prolapsus Uteri + dinding Vagina Posterior	100%			
79	Kepatuhan CP Prolapsus Uteri + dinding Vagina Posterior	100%			
80	Kepatuhan CP Prolapsus Uteri	100%			
81	Kepatuhan CP Endometrioma	100%			
82	Kepatuhan CP Endometriosis Pasca Operasi	100%			
83	Kepatuhan CP Endometriosis (terkait infertilitas)	100%			
84	Perururan kejadian fistel faringokutanus pasca total laringektomi	0,00%	KSM THT-KL	Direktur PMKP	
85	Adekuasi dialisis	85%	Instalasi Hemodialisa		
86	Status nutrisi	85%			
87	Pelabelan wadah gamet	100%			
88	Angka fertilitasi pada program fertilitasi in vitro	100%			
89	Waktu tunggu pelayanan endokrinia	100%			
90	Kepatuhan pengisian informed consent secara lengkap pasien rawat jalan SMF Gigi dan Mulut	100%			
91	waktu...				

KESAKUTAN ANDA MELAKUKAN PRIORITAS KAMI



-13/13-					
NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR	
91	Waktu penyelesaian pembuatan VeR (Visum et Repertum) jenazah	5 hari kerja	KSM Ilmu Kedokteran Foresnisk	Direktur PMKP	
92	Kepatuhan penggunaan APD pada tindakan embalming (menggunakan formalin)	100%			
93	Angka kejadian pneumonia pada pasien stroke infark dengan pemasangan NGT.				
94	Kepatuhan pemberian aspirlet pada pasien stroke infark	100%		Direktur PMKP	
95	Kepatuhan penerapan CP cerebral infarction due to thrombosis of cerebral arteries	100%			
91. waktu...					



KESAKUTAN ANDA MELAKUKAN PRIORITAS KAMI



## 5. KAMUS INDIKATOR IKU

### IKU 1. Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat

IKU1. PENGUKURAN SURVEI KEPUASAN MASYARAKAT	
Perspektif	<i>Stakeholder</i>
Sasaran Strategis	Meningkatnya kepuasan Pelanggan
IKU	Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat
Definisi	<p><b>Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat (SKM)</b> adalah Pengukuran Survey Kepuasan Masyarakat adalah nilai, data dan informasi tentang tingkat kepuasan masyarakat yang diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif dan kualitatif atas pendapat masyarakat dalam memperoleh pelayanan dari aparatur penyelenggara pelayanan publik dengan membandingkan antara harapan dan kebutuhannya.</p> <p>Unsur yang dinilai antar lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persyaratan Persyaratan adalah syarat yang harus dipenuhi dalam pengurusan suatu jenis pelayanan, baik persyaratan teknis maupun administratif.</li> <li>2. Sistem, Mekanisme, dan Prosedur Prosedur adalah tata cara pelayanan yang dibakukan bagi pemberi dan penerima pelayanan, termasuk pengaduan.</li> <li>3. Waktu Penyelesaian Waktu penyelesaian adalah jangka waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan seluruh proses pelayanan dari setiap jenis pelayanan.</li> <li>4. Biaya/Tarif *) Biaya/Tarif adalah ongkos yang dikenakan kepada penerima layanan dalam mengurus dan/atau memperoleh pelayanan dari penyelenggara yang besarnya ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara penyelenggara dan masyarakat.</li> <li>5. Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan Produk spesifikasi jenis pelayanan adalah hasil pelayanan yang diberikan dan diterima sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan. -9- Produk pelayanan ini merupakan hasil dari setiap spesifikasi jenis pelayanan.</li> <li>6. Kompetensi Pelaksana **) Kompetensi Pelaksana adalah kemampuan yang harus dimiliki oleh pelaksana meliputi pengetahuan, keahlian, keterampilan, dan pengalaman.</li> <li>7. Perilaku Pelaksana **) Perilaku Pelaksana adalah sikap petugas dalam memberikan pelayanan.</li> <li>8. Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan Penanganan pengaduan, saran dan masukan, adalah tata cara pelaksanaan penanganan pengaduan dan tindak lanjut.</li> <li>9. Sarana dan prasarana Sarana adalah segala sesuatu yang dapat dipakai sebagai alat dalam mencapai maksud dan tujuan. Prasarana adalah segala sesuatu yang merupakan penunjang utama terselenggaranya suatu proses (usaha, pembangunan, proyek). Sarana digunakan untuk benda yang bergerak (komputer, mesin) dan prasarana untuk benda yang tidak bergerak (gedung).</li> </ol> <p>Nilai penimbang adalah Jumlah bobot terhadap 9 (Sembilan) unsur pelayanan yang</p>

	dikaji											
Formula (rumus)	$IKM = \frac{\text{Total dari Nilai Persepsi Per Unsur}}{\text{Total unsur yang terisi}} \times \text{Nilai Penimbang}$											
Person in Charge	Direktur Umum dan Operasional RSHS											
Sumber Data	Hasil survei kepuasan pelanggan di rawat inap, rawat jalan, Intensif, penunjang dan IGD											
Periode Pelaporan	Semesteran											
Baseline	Rata rata IKM : 82 (baik)											
Target	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>83</td> <td>83</td> <td>84</td> <td>84</td> <td>85</td> </tr> </tbody> </table>		2020	2021	2022	2023	2024	83	83	84	84	85
	2020	2021	2022	2023	2024							
83	83	84	84	85								

## Iku2. Persentase Penurunan Jumlah Kematian Ibu di Rumah Sakit

IKU2. PERSENTASE PENURUNAN JUMLAH KEMATIAN IBU DI RUMAH SAKIT	
Perspektif :	Stakeholder
Sasaran Srategis	Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat
IKU	Persentase Jumlah kematian ibu di rumah sakit
Definisi Operasional	<p>Kematian ibu adalah kematian ibu hamil, bersalin sampai dengan 42 hari pasca salin akibat semua sebab yang terkait langsung dengan oleh kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh penyebab tidak langsung, kecelakaan/cedera, Covid-19, dan Dead On Arrival (DOA)</p> <p><b>Penyebab langsung (direct obstetric deaths)</b>            Kematian ibu yang disebabkan oleh komplikasi kehamilan (pada saat hamil, melahirkan, dan nifas) dan karena intervensi, kelalaian, tatalaksana yang tidak sesuai, atau dari serangkaian kejadian yang disebabkan oleh hal tersebut. Contoh Perdarahan, tekanan darah tinggi dalam kehamilan, Komplikasi anestesi atau seksio sesarea</p> <p><b>Penyebab tidak langsung (indirect obstetric)</b>            Kematian ibu yang disebabkan oleh penyakit/kondisi yang telah ada sebelum</p>

	kehamilan atau penyakit yang memberat selama kehamilan dan tidak disebabkan oleh penyebab langsung, tetapi diperberat oleh efek fisiologis selama kehamilan. Contoh: Penyakit jantung, Penyakit ginjal.											
Formula (Rumus)	100% - (Jumlah kematian ibu tahun berjalan / baseline Jumlah kematian ibu x 100%)											
Person in charge	Direktur Medik dan Keperawatan											
Sumber Data	Data divisi Obstetri Ginekologi Sosial											
Periode Pelaporan	Triwulan											
Base Line	36											
Target	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50%</td> <td>45%</td> <td>20%</td> <td>20%</td> <td>20%</td> </tr> </tbody> </table>		2020	2021	2022	2023	2024	50%	45%	20%	20%	20%
	2020	2021	2022	2023	2024							
50%	45%	20%	20%	20%								

### Iku3. Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)

IKU3. ANGKA KEMATIAN NEONATAL DINI (AKND)					
Perspektif :	Stakeholder				
Sasaran Strategi	Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat				
IKU	Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)				
Definisi Operasional	Jumlah kematian bayi usia 0-6 hari per 1.000 kelahiran hidup di RSHS				
Formula (Rumus)	$\frac{\Sigma \text{ Kematian Neonatal Dini}}{\Sigma \text{ Kematian Neonatal Lahir Hidup}} \times 1000$				
Person in charge	Direktur Medik dan Keperawatan				
Sumber Data	Data divisi Neonatologi KSM IKA				
Periode Pelaporan	Semester				
Base Line	74‰				
Target	2020	2021	2022	2023	2024

	72%	67%	64%	61%	56%
--	-----	-----	-----	-----	-----

#### Iku4. Persentase Utilisasi Ruangan Operasi

Iku4. PERSENTASE UTILISASI RUANGAN OPERASI					
Perspektif :	Proses Internal				
Sasaran Strategi	Meningkatnya utilisasi fasilitas ruangan operasi				
IKU	Utilisasi ruangan operasi				
Definisi Operasional	Utilisasi kamar operasi adalah waktu aktual yang diperlukan untuk melakukan tindakan operasi di tambah turn over (waktu perpindahan operasi) dibagi dengan waktu yang tersedia.				
Formula (Rumus)	(Jumlah Waktu yang digunakan sejak pasien masuk kamar operasi sampai dengan pasien keluar kamar operasi dibagi Jumlah waktu kerja efektif ) x 100%				
Person in charge	Direktur Medik dan Keperawatan				
Sumber Data	Dokumen Pelayanan Kamar Operasi				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Base Line	61.70%				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	70%	52%	65%	70%	75%

#### Iku5. Jumlah Penelitian yang diterapkan per tahun

Iku5. JUMLAH PENELITIAN YANG DITERAPKAN PER TAHUN					
Perspektif	Proses Internal				
Sasaran Strategis	Terwujudnya Proses yang Inovatif				
IKU	Jumlah Penelitian yang Diterapkan Per Tahun				
Definisi	Jumlah penelitian staf medis dan non-medis RSHS selama setahun yang diterapkan dalam pelayanan RS.				

	Jumlah hasil penelitian yang diterapkan dibuktikan dengan perubahan dan/atau kebijakan layanan dapat berupa SK/SPO/ Panduan praktek Klinik/Clinical Pathway/alur/algoritma pertahun. Penelitian tidak harus dipublikasikan.											
Formula (rumus)	Jumlah penelitian yang diterapkan dan disahkan oleh direktur terkait.											
Person in Charge	Kepala Bagian Diklit											
Sumber Data	Laporan penelitian yang diterapkan											
Periode Pelaporan	Tahunan											
Baseline	-											
Target	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #4f81bd; color: white;"></th><th style="background-color: #4f81bd; color: white;">2020</th><th style="background-color: #4f81bd; color: white;">2021</th><th style="background-color: #4f81bd; color: white;">2022</th><th style="background-color: #4f81bd; color: white;">2023</th><th style="background-color: #4f81bd; color: white;">2024</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: center;">9</td><td style="text-align: center;">11</td></tr> </tbody> </table>		2020	2021	2022	2023	2024	3	5	7	9	11
	2020	2021	2022	2023	2024							
3	5	7	9	11								

#### Iku6. Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME)

IKU6. PENYELENGGARAAN REKAM MEDIS ELEKTRONIK (RME)	
Perspektif :	Proses Bisnis Internal
Sasaran Srategis	Terwujudnya Proses yang Inovatif
IKU	Persentase pelayanan pasien yang menggunakan Electronic Medical Record (EMR)
Definisi Operasional	<p>Electronic Medical Record (EMR) atau Rekam Medis Elektronik adalah catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien dalam bentuk elektronik. Pelayanan pasien adalah asesmen dan asuhan yang diberikan pada pasien yang harus didokumentasikan dalam rekam medis</p> <p>Pelayanan pasien yang didokumentasikan meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Asesmen</li> <li>- Tindakan</li> <li>- Pemeriksaan penunjang</li> <li>- Persepten obat</li> <li>- Ringkasan pulang</li> <li>- Rujukan internal/eksterna</li> </ul>

Formula (Rumus)	1. Sistem RME terdapat di semua pelayanan yaitu rawat jalan, rawat inap, laboratorium, farmasi, IGD, radiologi, dan terintegrasi lengkap, nilai 100 2. Sistem RME terdapat di semua pelayanan yaitu rawat jalan, rawat inap, laboratorium, farmasi, IGD, radiologi, namun belum terintegrasi lengkap, nilai 75 3. Sistem RME terdapat di 5 pelayanan utama yaitu rawat jalan, rawat inap, laboratorium, farmasi, IGD, nilai 50 4. Sistem RME terdapat di 3 pelayanan utama yaitu rawat jalan, rawat inap, IGD, nilai 25
Person in charge	Direktur Medik dan Keperawatan
Sumber Data	SIRS
Periode Pelaporan	Triwulan, Semester, Tahunan
Base Line	0%
Target	2020 100% 2021 100% 2022 100% 2023 100% 2024 100%

#### IKU7. Persentase Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO)

IKU7. PERSENTASE KEJADIAN INFEKSI DAERAH OPERASI (IDO)	
Perspektif :	Proses Internal
Sasaran Strategi	Terwujudnya Proses yang Bermutu
IKU	Persentase Kejadian Infeksi Daerah Operasi
Definisi Operasional	<p>Infeksi Daerah Operasi (IDO)/Surgical Site Infection (SSI) adalah infeksi yang terjadi pada daerah insisi daerah operasi dalam waktu 30 hari tanpa implan dan 90 hari dengan implan pasca bedah.</p> <p>Kriteria IDO adalah :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Cairan purulent keluar dari luka operasi atau drain yang dipasang di atas fascia,</li> <li>b. Biakan positif dari cairan yang keluar dari luka atau jaringan yang diambil secara aseptic,</li> <li>c. Sengaja dibuka oleh dokter karena terdapat tanda peradangan kecuali hasil biakan negatif (paling sedikit terdapat satu dari tanda – tanda infeksi berikut ini : nyeri, bengkak lokal, kemerahan dan hangat lokal) dan D. Dokter yang menangani menyatakan terjadi infeksi (spesifik)</li> </ul>
Formula (Rumus)	$\frac{\text{(Jumlah kasus infeksi Daerah Operasi Klasifikasi Bersih & Bersih Terkontaminasi)dalam satu bulan (orang)}}{\text{Jumlah kasus operasi & Bersih terkontaminasi}} \times 100\%$
Person in charge	Direktur Medik dan Keperawatan
Sumber	Pasien Rawat Inap yang dilakukan operasi klasifikasi Bersih & Bersih

Data	Terkontaminasi				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Base Line	1,30%				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	≤2%	≤2%	≤1,5%	≤1%	≤1%

#### IKU8. Persentase Pasien yang Memenuhi Standar WTRJ < 60 menit

IKU8. PERSENTASE PASIEN YANG MEMENUHI STANDAR WTRJ < 60 MENIT					
Perspektif :	Proses Internal				
Sasaran Strategi	Terwujudnya Proses yang Bermutu				
IKU	Persentase Pasien yang Memenuhi Standar WTRJ < 60 Menit				
Definisi Operasional	Persentase pasien rawat jalan dengan waktu tunggu tidak lebih dari 60 menit, dari seluruh pasien terdaftar di rawat jalan				
Formula (Rumus)	Jumlah pasien yang terdaftar dan dilayani dokter < 60 menit dibagi jumlah seluruh sampel pada bulan terhitung x 100%				
Person in charge	Direktur Medik dan Keperawatan				
Sumber Data	Poliklinik dan Rekam Medis Rawat Jalan				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Base Line	75%				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	77%	80%	83%	85%	90%

#### IKU9. Waktu Tunggu Sebelum Operasi Elektif < 2 hari

IKU9. WAKTU TUNGGU SEBELUM OPERASI ELEKTIF < 2 HARI					
Perspektif :	Proses Bisnis Internal				
Sasaran Strategi	Terwujudnya Proses yang Bermutu				
IKU	Waktu tunggu Sebelum Operasi elektif < 2 hari				

Definisi Operasional	<p>Waktu tunggu Sebelum Operasi Elektif &lt; 2 hari adalah rata-rata waktu tunggu (jam) sejak pasien masuk rawat inap dengan rencana operasi elektif sampai dengan operasi dilaksanakan</p> <p>Sejak pasien masuk rawat inap adalah waktu saat pasien masuk rawat inap berdasarkan waktu yang tertera di formulir ringkasan masuk dan keluar rawat inap, pada kolom masuk rawat inap</p> <p>Sampai operasi dilaksanakan adalah waktu saat pasien diterima oleh petugas kamar operasi berdasarkan waktu (jam) yang tertera di formulir daftar tilik keselamatan operasi (DTKO) pada kolom sign in</p> <p>Kriteria Penilaian untuk perhitungan WTE :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- WTO ≤ 2 hari, skor = 2</li> <li>- WTO &lt; 3 hari, skor = 1,5</li> <li>- WTO &lt; 5 hari, skor = 1</li> <li>- WTO &gt; 5 hari, skor = 0,5</li> </ul>
Formula (Rumus)	Jumlah seluruh waktu (jam) sejak pasien masuk rawat inap dengan rencana operasi sampai operasi dilaksanakan dibagi Jumlah seluruh pasien yang dilakukan operasi elektif
Person in charge	Direktur Medik dan Keperawatan
Sumber Data	Rawat Inap
Periode Pelaporan	Bulanan
Base Line	skor 1,5
Target	2020
	1,5
2021	1,5
2022	1,5
2023	1,5
2024	2

#### IKU10. Kepatuhan Waktu Jam Visite Dokter Penanggungjawab Pelayanan/DPJP

<b>IKU10. KEPATUHAN WAKTU JAM VISITE DOKTER PENANGGUNGJAWAB PELAYANAN/DPJP</b>	
Perspektif :	Proses Internal
Sasaran Strategi	Terwujudnya Proses yang Bermutu
IKU	Kepatuhan Waktu Jam Visite Dokter Penanggungjawab Pelayanan/DPJP
Definisi Operasional	Kepatuhan Waktu visite dokter penanggungjawab pelayanan (DPJP) adalah waktu kunjungan DPJP untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya setiap hari pada hari kerja.

	Kategori visite DPJP : 1. Visite $\leq$ pukul 10.00, nilai 100 2. Visite > pukul 10.00 sampai dengan pukul 12.00, nilai 50 3. Visite > pukul 12.00 dan tidak divisite, nilai 0											
Formula (Rumus)	$\{(jumlah \text{ visite pasien} \leq \text{pukul } 10.00 \times 100) + (\text{jumlah \text{ visite pasien} > jam } 10.00 \text{ sd. } 12.00 \times 50) + (\text{jumlah \text{ visite pasien} > jam } 12.00 \times 0)\} \text{ pada hari kerja}$ dibagi jumlah kegiatan visite pasien yang dilakukan DPJP pada hari kerja} dikali 100											
Person in charge	Direktur Medik dan Keperawatan											
Sumber Data	SIRS											
Periode Pelaporan	Triwulan											
Base Line	80%											
Target	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>84%</td> <td>84%</td> <td>90%</td> <td>92%</td> <td>95%</td> </tr> </tbody> </table>		2020	2021	2022	2023	2024	84%	84%	90%	92%	95%
	2020	2021	2022	2023	2024							
84%	84%	90%	92%	95%								

#### IKUP11. Persentase Pemeriksanaan Deteksi Dini Kanker

IKUP11. PERSENTASE PEMERIKSAAN DETEKSI DINI KANKER	
Perspektif :	Proses Internal
Sasaran Strategi	Terwujudnya proses yang bermutu
IKU	Jumlah pasien deteksi dini kanker di RSHS
Definisi Operasional	Deteksi dini kanker serviks adalah pelayanan deteksi dini kanker serviks dengan cara tes IVA (pemberian asam asetat 3-5 % pada serviks) pada pasien wanita berisiko (usia 30-50 tahun dan sudah menikah) yang melakukan kunjungan pertama ke Poli Ginekologi dan Poli Onkologi Ginekologi di RSHS dan tidak menderita kanker serviks
Formula (Rumus)	Jumlah pasien Poli Ginekologi dan Poli Onkologi Ginekologi pada pasien wanita berisiko (usia 30-50 tahun dan sudah menikah) yang dilakukan pemeriksaan deteksi dini kanker serviks dengan tes IVA dibagi pasien wanita berisiko (usia 30-50 tahun dan sudah menikah) yang melakukan kunjungan pertama ke Poli Ginekologi dan Poli Onkologi Ginekologi di RSHS dan tidak menderita kanker serviks
Person in	Klinik rawat jalan ginekologi onkologi

charge					
Sumber Data	Data klinik rawat jalan ginekologi onkologi				
Periode Pelaporan	Triwulan				
Base Line	-				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	100	20%	30%	40%	50%

## IKUP12. PERSENTASE EVALUASI CAPAIAN INDIKATOR MUTU DI AREA PELAYANAN KLINIS PRIORITAS

<b>IKUP12. PERSENTASE EVALUASI CAPAIAN INDIKATOR MUTU DI AREA PELAYANAN KLINIS PRIORITAS</b>	
Perspektif :	Proses Internal
Sasaran Strategi	Terwujudnya proses yang bermutu
IKU	Percentase capaian indikator mutu di area pelayanan klinis prioritas per tahun
Definisi Operasional	<p><b>Indikator mutu area pelayanan klinis prioritas</b> adalah pengukuran mutu yang dipilih dan ditetapkan oleh pimpinan untuk mengevaluasi pelayanan klinik klinis prioritas. Setiap tahun rumah sakit harus memilih fokus perbaikan, proses dan hasil praktik klinis dan manajemen mengacu pada misi rumah sakit, diberikan dalam volume besar atau cenderung menimbulkan masalah. Direktur rumah sakit bersama-sama dengan para pimpinan/manajer pelayanan dan manajemen memilih dan menetapkan pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas untuk dilakukan evaluasi.</p> <p>Indikator mutu yang ditetapkan meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Indikator mutu area klinik (IAK) yang bersumber dari area pelayanan</li> <li>2) Indikator mutu area manajemen (IAM) yaitu indikator mutu yang bersumber dari area manajemen</li> <li>3) Indikator mutu Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) yaitu indikator mutu yang mengukur kepatuhan staf dalam penerapan sasaran keselamatan pasien dan budaya keselamatan.</li> </ol> <p>Target adalah angka atau nilai yang ditetapkan untuk dicapai oleh suatu unsur penilaian/ indikator. Indikator mutu pelayanan klinis dikatakan dikatakan mencapai target jika capaian indikator tersebut telah mencapai standar dan dapat dipertahankan setidaknya selama 3 bulan berturut-turut.</p>
Formula (Rumus)	Jumlah indikator yg mencapai target / Jumlah seluruh indikator mutu pelayanan klinis prioritas yang diukur dikali 100
Person in charge	Direktur Umum dan Operasional
Sumber Data	Komite Mutu dan keselamatan pasien
Periode	Triwulan

Pelaporan					
Base Line	60%				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	65%	70%	70%	70%	75%

#### **IKU13. Persentase Kasus Rujukan Sisrute dengan Keputusan Final DPJP $\leq$ 1 jam**

<b>IKU12. PERSENTASE KASUS RUJUKAN SISRUTE DENGAN KEPUTUSAN FINAL DPJP <math>\leq</math> 1 JAM</b>					
Perspektif :	Proses Internal				
Sasaran Strategi	Meningkatnya akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi				
IKU	Persentase Response Time Rujukan Sisrute IGD $\leq$ 5 menit				
Definisi Operasional	Persentase kasus rujukan Sisrute dengan lama waktu diberikan keputusan final oleh DPJP (diterima atau tidak diterima) $\leq$ 1 jam.				
Formula (Rumus)	Jumlah kasus yang memiliki keputusan final kurang dari 1 jam dibagi jumlah total kasus yang ditindaklanjuti.				
Person in charge	Instalasi Gawat Darurat				
Sumber Data	Database Sisrute				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Base Line	26%				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	50%	60%	100%	100%	100%

## IKU1

### 14. Persentase Pemenuhan Ketersediaan SP

IKU14. PERSENTASE PEMENUHAN KETERSEDIAAN SP												
Perspektif :	Proses Pembelajaran dan Pertumbuhan											
Sasaran Srategis	Terpenuhinya Standar SPA											
IKU	Percentase Pemenuhan Ketersediaan SP											
Definisi Operasional	<p>Tingkat ketersediaan sarana dan prasarana sesuai Permenkes no. 24 Tahun 2016 tentang Persyaratan Teknis Bangunan dan Prasarana Rumah Sakit.</p> <p>Fasilitas umum adalah persyaratan kondisi dan atau kelengkapan suatu tempat yang memiliki fungsi non spesifik (bukan fungsi layanan medis)</p> <p>Fasilitas ruangan adalah persyaratan kondisi dan atau kelengkapan suatu tempat yang dibatasi oleh bidang-bidang fisik maupun non fisik yang memiliki fungsi spesifik (layanan medis)</p>											
Formula (Rumus)	(Percentase nilai pemenuhan persyaratan fasilitas umum ditambah persentase nilai pemenuhan persyaratan fasilitas ruangan) dibagi 2											
Person in charge	Direktur Umum dan Operasional											
Sumber Data	Laporan kondisi SP, IPSRS											
Periode Pelaporan	Tahunan											
Base Line	63,46%											
Target	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>2020</th><th>2021</th><th>2022</th><th>2023</th><th>2024</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>65%</td><td>67%</td><td>70%</td><td>72%</td><td>74%</td></tr> </tbody> </table>		2020	2021	2022	2023	2024	65%	67%	70%	72%	74%
	2020	2021	2022	2023	2024							
65%	67%	70%	72%	74%								

### IKU15. Kehandalan Peralatan Medis dan Non Medis (OEE)

IKU15. KEHANDALAN PERALATAN MEDIS DAN NON MEDIS (OEE)	
Perspektif :	Proses Pembelajaran dan Pertumbuhan
Sasaran Srategis	Terpenuhinya Standar SPA
IKU	Kehandalan Peralatan Medis dan Non Medis

Definisi Operasional	<p>Kehandalan peralatan medis dan non medis (Overall Equipment Effectiveness – OEE) adalah nilai rata-rata pengukuran kehandalan atau hasil kinerja dari peralatan medis dan non medis tertentu yang dilihat dari 3 aspek yaitu : ketersediaan (ke), kinerja (ki) dan kualitas (ku), dengan memperhatikan downtime losses, speed losses, dan defect losses.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketersediaan (Ke, <i>availability</i>) : adalah waktu yang tersedia untuk pengoperasian peralatan yang dinyatakan dengan persentasi, apakah peralatan tersebut beroperasi setiap saat dalam rentang waktu yang telah ditentukan</li> <li>• Kinerja (Ki, <i>performance</i>) : adalah kemampuan peralatan dalam memenuhi pelayanan yang dinyatakan dalam persentasi.</li> <li>• Kualitas (Ku, <i>quality</i>) : adalah kemampuan peralatan dalam menghasilkan pelayanan yang standar</li> </ul>											
Formula (Rumus)	<p>Ke (<i>availability</i>) = total waktu yang tersedia – (waktu breakdown + waktu setup)/ total waktu yang tersedia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ki (<i>performance</i>) = Jumlah unit yang diproduksi/target unit yang diproduksi</li> <li>- Ku (<i>quality</i>) = jumlah unit yang baik / total unit yang baik</li> <li>- OEE per alat = (Ke x Ki x Ku) x 100%</li> <li>- OEE per unit = Jumlah OEE seluruh alat di Unit / Jumlah alat di Unit</li> <li>- OEE tingkat rumah sakit = Jumlah OEE seluruh Unit / Jumlah seluruh Unit</li> </ul>											
Person in charge	Direktur Umum dan Operasional											
Sumber Data	(a) Data alat yang akan dinilai keandalannya (b) Laporan monitoring ketersediaan, kinerja dan kualitas dari peralatan tsb											
Periode Pelaporan	Bulanan											
Base Line	76%											
Target	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>2020</th><th>2021</th><th>2022</th><th>2023</th><th>2024</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>77%</td><td>78%</td><td>79%</td><td>80%</td><td>81%</td></tr> </tbody> </table>		2020	2021	2022	2023	2024	77%	78%	79%	80%	81%
	2020	2021	2022	2023	2024							
77%	78%	79%	80%	81%								

#### IKU16. Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai

IKU16. PENGUKURAN SURVEI KEPUASAN PEGAWAI				
Perspektif :	Proses Pembelajaran dan Pertumbuhan			
Sasaran Srategis	Meningkatnya Employee Engagement			
IKU	Indeks Kepuasan Pegawai			

Definisi Operasional	<p>Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai adalah data dan informasi tentang tingkat kepuasaan pegawai yang diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif dan kualitatif atas pendapat pegawai selama bekerja di RSHS dalam kurun waktu tertentu</p> <p>Indikator Kepuasan Pegawai BLU RSHS yang telah ditetapkan meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kepuasan terhadap budaya dan nilai Organisasi di RSHS</li> <li>2. Kepuasan terhadap kesempatan pengembangan diri di RSHS</li> <li>3. Kepuasan terhadap komunikasi di RSHS</li> <li>4. Kepuasan terhadap faktor kepemimpinan di RSHS</li> <li>5. Kepuasan terhadap aktifitas kerja di RSHS</li> <li>6. Kepuasan terhadap lingkungan kerja di RS</li> <li>7. Kepuasan terhadap Reward/ kompensasi di RSHS</li> </ol> <p>Data dan informasi diperoleh dari quesisioner yang diisi oleh pegawai RSHS sesuai kriteria inklusi. Analisis dilakukan dengan menginterpretasikan pernyataan dari pegawai PNS dan non PNS.</p> <p>Dijelaskan juga bahwa masing2 indikator ada rentang nilai yang hrs dipilih oleh responden. Kemudian bagaimana menghitung nilai yg diperoleh dan nilai maksimal</p>											
Formula (Rumus)	Nilai SKP											
Person in charge	Direktur SDM dan Pendidikan											
Sumber Data	Sampel Isian Kuesisioner pegawai dari unit kerja dilingkungan RSHS.											
Periode Pelaporan	Semesteran											
Base Line	78%											
Target	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th><th>2020</th><th>2021</th><th>2022</th><th>2023</th><th>2024</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>80%</td><td>82%</td><td>84%</td><td>84%</td><td>85%</td></tr> </tbody> </table>		2020	2021	2022	2023	2024	80%	82%	84%	84%	85%
	2020	2021	2022	2023	2024							
80%	82%	84%	84%	85%								

#### **IKU17. Jumlah Keberhasilan Lean Project yang Terlaksana**

<b>IKU18. JUMLAH KEBERHASILAN LEAN PROJECT YANG TERLAKSANA</b>	
Perspektif :	Proses Pembelajaran dan Pertumbuhan
Sasaran Srategis	Terlaksananya Lean Culture
IKU	Jumlah Lean Project yang Terlaksana

Definisi Operasional	Lean project adalah project/kumpulan kegiatan yang dilaksanakan oleh unit terkait dan bertujuan untuk meningkatkan efisiensi pada suatu proses bisnis atau unit di rumah sakit untuk jangka waktu 1 tahun. Lean project ini dilaksanakan oleh tim yang terdiri dari lintas fungsi yang dipimpin oleh kepala unit atau pemilik proses dan dibuat laporan evaluasi yang dilakukan pada saat akhir pelaksanaan lean project.				
Formula (Rumus)	Menghitung jumlah lean project yang dilaksanakan dalam proses bisnis				
Person in charge	Direktur Umum dan Operasional				
Sumber Data	Laporan kegiatan lean				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Base Line	-				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	4	4	4	4	4

#### IKU19. Pertumbuhan Pendapatan Pertahun

IKU19 : Pertumbuhan Pendapatan Pertahun	
Perspektif :	Finansial
Sasaran Strategi	Meningkatnya pendapatan
IKU	Pertumbuhan Pendapatan per tahun
Definisi Operasional	<p>Merupakan persentasi dari perbandingan pendapatan tahun berjalan dengan pendapatan tahun lalu.</p> <p>Pendapatan PNBP merupakan pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan-pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa, lembaga keuangan dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, tidak termasuk pendapatan dari APBN/RM.</p>
Formula (Rumus)	$\frac{\text{Pendapatan Tahun ini} - \text{Pendapatan Tahun Lalu}}{\text{Pendapatan Tahun Lalu}} \times 100\%$

Person in charge	Direktur Keuangan				
Sumber Data	Bagian Akuntansi & Verifikasi, dan Bagian PMD				
Periode Pelaporan	1 (satu) tahun				
Base Line	>1%				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	3%	1%	2%	2%	3%

#### Iku19. Persentase Berkas Pasien BPJS Layak Klaim

IKU19. PERSENTASE BERKAS PASIEN BPJS LAYAK CLAIM	
Perspektif :	Proses Bisnis Internal
Sasaran Srategi	Terwujudnya Proses yang Bermutu
Iku	Persentase Berkas Klaim layak bayar BPJS
Definisi Operasional	<p>1. Berkas pasien rawat jalan yang layak klaim adalah jumlah berkas pasien yang berobat jalan, baik di poliklinik rawat jalan ataupun di Instalasi Gawat Darurat, yang sudah melalui proses purifikasi dan dinyatakan layak klaim, pada tahap awal pengklaiman. Adapun berkas yang dinyatakan layak klaim adalah berkas yang sudah memenuhi persyaratan kelengkapan berkas sesuai dengan standar klaim BPJS. (untuk rawat jalan : lembar individual pasien/SEP, resume medis, billing RS, persyaratan penunjang. Berkas klaim IGD : lembar individual pasien, SEP, SBPK, Resume Medis , Billing RS, Berkas Penunjang.</p> <p>2. Berkas pasien rawat inap yang layak klaim adalah jumlah berkas pasien yang dirawat inap di RSHS yang sudah melalui proses purifikasi dan dinyatakan layak klaim.</p> <p>3. Jumlah SEP pasien yang berobat jalan : adalah jumlah SEP pasien yang datang ke RSHS untuk berobat jalan</p> <p>4. Jumlah SEP pasien rawat inap : adalah jumlah SEP pasien yang menjalai rawat inap di RSHS</p>
Formula (Rumus)	{[Persentasi jumlah berkas yg layak klaim rawat jalan dan rawat inap] dibagi dengan [jumlah SEP pasien yang berobat jalan dan rawat inap di RSHS]} dikali 100
Person in	Direktur Keuangan

charge					
Sumber Data	Instalasi Penjamin Klaim				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Base Line	75%				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	78%	80%	90%	92%	95%

#### IKU20. Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)

IKU20. RASIO PENDAPATAN PNBP TERHADAP BIAYA OPERASIONAL (POBO)					
Perspektif :	Finansial				
Sasaran Strategi	Tercapainya Efisiensi Biaya Operasional				
IKU	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)				
Definisi Operasional	<p>Rasio pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO) Membandingkan antara pendapatan PNBP yang diterima rumah sakit dengan biaya oprasional yang dikeluarkan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pendapatan PNBP merupakan seluruh pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, dan tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN (Rupiah Murni).</li> <li>2. Biaya Operasional merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, yang sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBP satker BLU, tidak termasuk biaya penyusutan</li> </ol>				
Formula (Rumus)	(Pendapatan PNBP/Biaya Operasional) X 100%				
Person in charge	Direktur Keuangan				
Sumber Data	Bagian Akuntansi & Verifikasi				
Periode Pelaporan	1 (satu) Tahun				
Base Line	75%				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	85%	76%	80%	83%	85%

## 6 .FOTO KEGIATAN

Gambar 2

**Ground breaking Pembangunan Gedung Pelayanan Mother and Child Healthcare Center diresmikan oleh Presiden IsDB dan Menteri Kesehatan RI, 17 November 2022**



Gambar 3

Kunjungan Direktur Peningkatan Mutu Tenaga Kesehatan Kementerian Kesehatan RI dalam rangka peninjauan pelatihan Basic, advance dan specialized robotic Telesurgery dan penyerahan sertifikat akreditasi Institusi Penyelenggara Pelatihan Bidang Kesehatan





Gambar 4  
Kunjungan wakil Menteri Kesehatan  
Re-Launcung Implementasi Skrining Hipotyroid Congenital (SHK)





**Gambar 5**  
**Kunjungan Kerja Gubernur Jawa Barat**





**Gambar 6**  
**Kunjungan Ibu Rieke Dyah Pitaloka Bersama DPRD Provinsi Jawa Barat**



Gambar 7

Kunjungan dan Penandatangan Kerja Sama antara RSHS, FK Unpad dengan Princess Maxima Center (PMC) Belanda



Gambar 8  
Penerimaan penghargaan dari KPKNL mengenai piutang negara



## 7. PENGHARGAAN

**Gambar 9  
Peringkat Terbaik Pertama  
kepatuhan penggunaan formularium nasional (fornas) Tahun 2022**



**Gambar 10  
Peringkat Ketiga Sangat Baik  
Laporan Keuangan Badan Layanan Umum Tahun 2021**



**Gambar 11  
Predikat BAIK  
kepatuhan interaksi pelayanan publik Tahun 2021**



**Gambar 12  
Apresiasi atas kontribusi dan pemenuhan kewajiban perpajakan  
dari DJP KPP Pratama Bandung Bojonagara**



Gambar 13  
Satuan kerja terresponsif TA 2021  
lingkup kantor Pelayanan Perbendaharaan Negara Bandung 1



Gambar 14  
Peringkat ketiga Terbaik  
Kinerja Pelaksanaan anggaran TA 2021 Satuan Kerja  
lingkup kantor Pelayanan Perbendaharaan Negara Bandung 1  
kategori pengelola Pagu Diatas Rp. 200 Miliar



Gambar 15  
Akreditasi A Institusi Pelatihan



Gambar 16  
Penghargaan Atas keberhasilan mencapai target pelaporan kasus Suspek CRS  $\geq 1$  per 10.000 kelahiran hidup pada tahun 2021

